

[ 2018-2023]

Estrategia de **prevención** **y atención al tabaquismo** en la Comunitat Valenciana



GENERALITAT
VALENCIANA

Conselleria de Sanitat
Universal i Salut Pública

Este documento ha sido revisado por la Unidad de Igualdad de acuerdo con los principios de lenguaje inclusivo

Edita: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

© de la presente edición: Generalitat, 2018

© de los textos: los autores

Coordina: Subdirección de Promoción de la salud y prevención. Dirección General de Salud Pública

1ª edición. Edición en línea

Grupo coordinador

Francisco Carrión Valero	Neumología. Hospital Clínico de Valencia.
Inmaculada Clemente Paulino	Subdirectora General de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Salud Pública.
Joan Quiles Izquierdo	Jefe de Sección Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública.
Joan Antoni Ribera Osca	Médico de familia. Centro de Salud de Alcàsser.
Pablo Rodríguez Martínez	Servicio de Planificación de los Recursos Asistenciales, Programas y Servicios Sanitarios. Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Relatora externa

Arantxa Grau i Muñoz	Universitat de València. Departamento de Sociología y Antropología Social.
-----------------------------	--

Grupo técnico de trabajo

Juan M. Beltrán Garrido	Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Universitario La Fe, Valencia.
Ana María Furió Martínez	Médica de familia. Centro de Salud de Serrería, Valencia.
Laura Gandía Cerdá	Farmacéutica Comunitaria, Ontinyent.
Jose Antonio Girbes Llopis	Director de enfermería. Departamento Hospital Clínico-La Malvarrosa.
Marisa González Abolafo	Psicóloga Unidad de Conductas Adictivas de Alzira.
M. Angeles Irlés Rocamora	Servicio de Planificación y Evaluación de Políticas en Salud.
Jesus Larruga Riera	Jefe de Servicio de Prestaciones Farmacéuticas.
M. Jesús Mateu Aranda	Jefa de Servicio de Gestión de las Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos. Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Teresa Orengo Caus	Médica Unidad de Conductas Adictivas, El Grau, Valencia.
Joan Paredes Carbonell	Centro de Salud Pública de Alzira. Dirección General de Salud Pública.
M^a Elena Perez Sanz	Coordinadora de la Oficina Valenciana d'Acció Comunitaria per a la Salut (OVACS). Dirección General de Salud Pública.
Rafael Peris Cardells	Neumología. Hospital Arnau de Vilanova, Valencia.
Consol Sabater Gregori	Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas, Jefa de Sección Registro de Enfermedades. Dirección General de Salud Pública.
Carmen Saiz Sánchez	Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Clínico Valencia. Universitat de València.
Natividad Tolosa Martínez	Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital La Malvarrosa, Valencia.
Lola Salas Trejo	Jefa de Servicio de Promoción de la Salud y Prevención en el Entorno Sanitario. Dirección General de Salud Pública.
Montserrat Sánchez Lorente	Servicio de Planificación de Programas y Servicios Sanitarios. Dirección General de Asistencia Sanitaria.
Francisco Verdú Asensi	Servicio de Gestión de Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos. Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Índice

1. <u>Introducción y estructura del documento</u>	6
2. <u>La magnitud del problema</u>	8
2.1. El consumo de tabaco en la Comunitat Valenciana.....	8
2.2. Hábito tabáquico en diferentes etapas de la vida.....	13
2.3. Daños por el consumo de tabaco: mortalidad atribuible.....	13
2.4. Aproximación a la incidencia de cáncer.....	16
3. <u>Contexto normativo y estratégico ante el consumo de tabaco</u>	19
3.1. El marco mundial por el control del tabaquismo.....	19
3.2. El marco nacional.....	20
3.3. El ámbito de la Comunitat Valenciana.....	21
4. <u>Metodología para la elaboración de la EPIAT-CV</u>	23
5. <u>Líneas estratégicas y acciones</u>	29
L1 Promover políticas intersectoriales dirigidas a la Prevención y Atención al tabaquismo reduciendo desigualdades sociales.....	30
L2 Sensibilizar a la sociedad sobre el tabaquismo como problema de salud prioritario ...	34
L3 Potenciar la atención integral al tabaquismo desde el sistema valenciano de salud ...	37
L4 Impulsar la formación para la prevención y control del tabaquismo en todas las profesiones y organizaciones que puedan incidir en este problema de salud.....	40
L5 Impulsar la investigación en tabaquismo.....	43
6. <u>Coordinación, seguimiento y evaluación de la EPIAT-CV</u>	46
7. <u>Indicadores para el seguimiento y evaluación de la EPIAT-CV</u>	48

1

Introducción y estructura del documento

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades no transmisibles (cardiovasculares, cáncer, enfermedades pulmonares y respiratorias o diabetes), provocan cada año 38 millones de decesos en el mundo, de los que 16 millones podrían evitarse mediante medidas preventivas contra el consumo de tabaco, de alcohol, de la sal y de otras medidas que favorezcan la actividad física y el deporte. En el ámbito mundial se ha estimado que el tabaco es responsable de la muerte de 6 millones de personas por año, el alcohol de 3,3 millones, la ausencia de ejercicio físico de 3,2 millones, y el exceso de sal en la alimentación de 1,7 millones.

Para la OMS, la lucha antitabáquica, es una de las formas más eficaces de contribuir a la reducción en un tercio de la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles en todo el mundo, incluidas las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

En la Comunitat Valenciana, 1 de cada 5 personas adultas es fumadora y anualmente se calcula que alrededor de 6.500 personas mueren por causas relacionadas con el tabaco. Si bien han existido iniciativas para abordar este grave problema de salud, ha llegado el momento de coordinar y establecer estrategias integrales que contemplen tanto la prevención como la protección y el tratamiento del tabaquismo haciendo efectiva la idea de incluir salud en todas las políticas.

La Estrategia de Prevención y Atención al Tabaquismo en la Comunitat Valenciana (EPIAT-CV) de la Conselleria de Sanidad Universal y de Salud Pública, es el fruto de un proceso técnico y participativo de profesionales, personas expertas en tabaquismo y personas de la Comunitat, que recoge las recomendaciones del IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana (2016-2020), referidas a coordinar las acciones preventivas y terapéuticas dirigidas a la disminución y protección ante el tabaquismo. Asimismo, da respuesta a la aprobación por unanimidad del Ple de Les Corts que instó al Consell a tomar medidas para la prevención del hábito tabáquico y el apoyo a las personas fumadoras, para que tengan a su disposición los recursos necesarios para la deshabituación tabáquica.

El presente documento presenta la Estrategia de Prevención y Atención al Tabaquismo en la Comunitat Valenciana (EPiAT-CV) en cinco apartados:

- 1. La magnitud del problema**
- 2. Contexto normativo y estratégico ante el consumo de tabaco**
- 3. Metodología para la elaboración de la EPiAT-CV**
- 4. Ejes y líneas de actuación de la EPiAT-CV**
- 5. Coordinación, seguimiento y evaluación de la EPiAT-CV**

2

La magnitud del problema

2.1. El consumo de tabaco en la Comunitat Valenciana

Según datos de la Encuesta de Salud de la Comunitat Valenciana 2016, en el 22% de las viviendas de la Comunitat Valenciana al menos una persona fuma habitualmente. En el ámbito poblacional, un 19,5% de las personas mayores de 14 años se declara fumadora habitual y un 2,6% fumadora esporádica.

La evolución del consumo de tabaco en los últimos 25 años ha sido claramente descendente, con una disminución de la prevalencia de personas fumadoras y un incremento de no fumadoras, pero se ha frenado en los últimos años el incremento en la prevalencia de población ex fumadora. (Tabla 1)

Tabla 1.
Evolución de la prevalencia del consumo de tabaco en población adulta en la Comunitat Valenciana, período 1991 a 2016.

Personas	1991	2001	2005	2010	2016*
Fumadoras habituales (%)	35,4	32,0	26,8	24,8	19,5
Fumadoras ocasionales (%)	13,3	4,0	4,1	4,3	2,6
Ex-fumadoras (%)	9,5	11,8	19,4	19,1	17,5
No fumadoras (%)	39,6	52,2	48,8	51,7	60,5

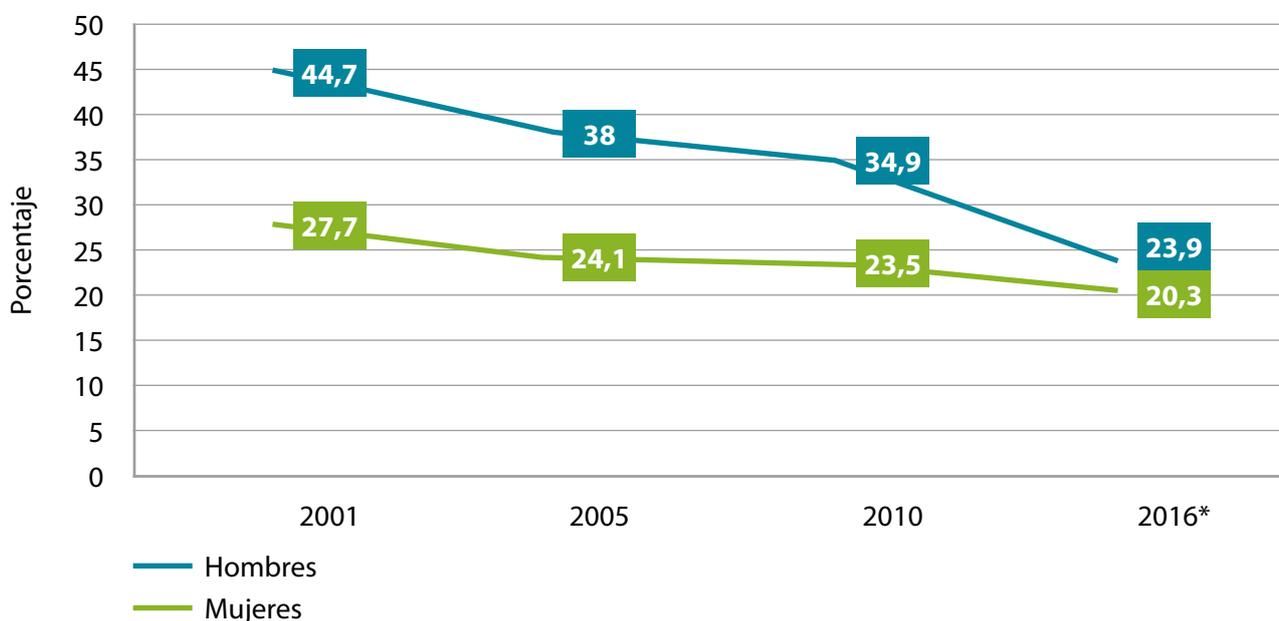
Fuente: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Encuestas de Salud Comunitat Valenciana 1991, 2001, 2005, 2010 y 2016.

* En 2016, la población encuestada es mayor de 14 y en las anteriores encuestas, mayor de 15 años.

El comportamiento ante el consumo tabáquico difiere según sexo y grupo de edad. El descenso observado en hombres, entre los que fuman, ha sido continuo desde 2001 y en mayor intensidad que en mujeres, en las que el descenso se produjo de forma mucho más moderada hasta 2010. Por eso, aunque en 2016 se observa una reducción más importante que en años anteriores, la diferencia entre los dos sexos es la más baja hasta la fecha.

Gráfico 1.

Evolución del consumo de tabaco (a diario y esporádicamente) según el sexo, en población mayor de 15 años. Comunitat Valenciana 2001-2016.

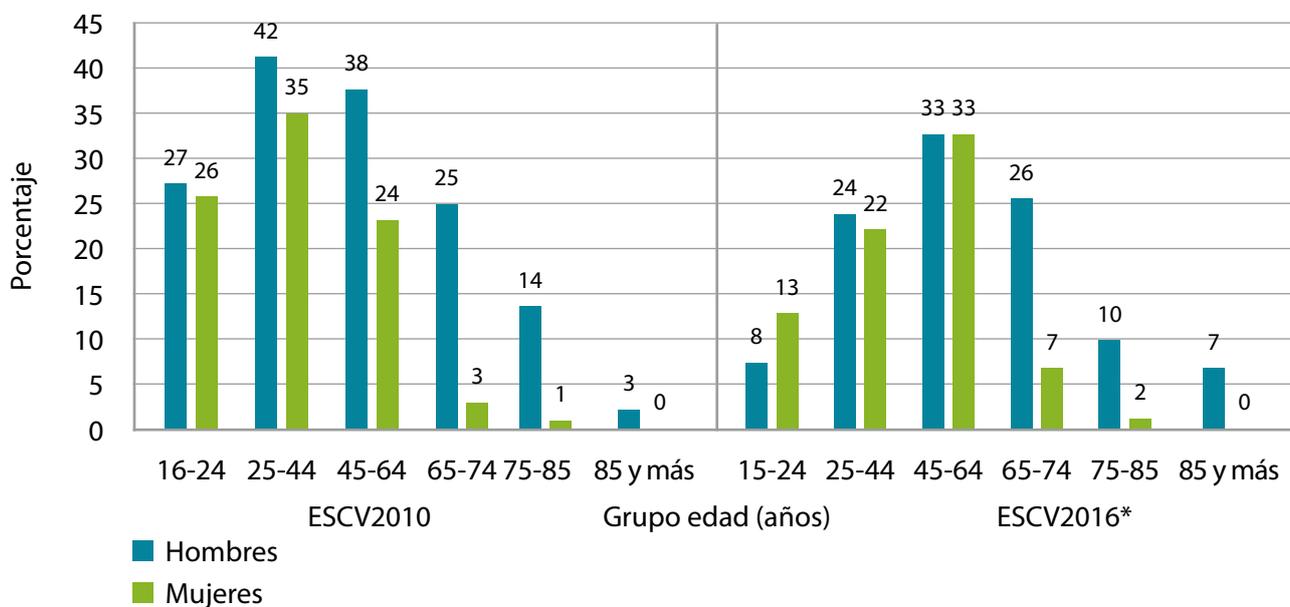


Fuente: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Encuestas de Salud Comunitat Valenciana 2001, 2005, 2010 y 2016.

* En 2016, la población encuestada es mayor de 14 y en las anteriores encuestas mayor de 15 años.

Gráfico 2.

Evolución del consumo de tabaco (diario o esporádico), según el grupo de edad y el sexo, en población mayor de 15 años. Comunitat Valenciana 2010-2016.



Fuente: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Encuestas de Salud de la Comunitat Valenciana (ESCV) 2010 y 2016.

* En 2016, la población encuestada es mayor de 14 y en las anteriores encuestas mayor de 15 años.

En 2016, el hábito tabáquico modifica el patrón de edad observado en las encuestas anteriores. En esta edición, la prevalencia de personas que fuman (diaria o esporádicamente) de 15 a 24 años es del 10% y se incrementa a medida que aumenta la edad, tanto en hombres como en mujeres, alcanzando el máximo en el grupo de 45 a 64 años (33%). Es a partir de este grupo de edad cuando se inicia el descenso como se había observado en 2001 y 2005.

Cabe destacar el importante descenso que se observa en los grupos de población más joven, probablemente por la mayor influencia que hayan podido tener las políticas de prevención y control del tabaquismo desarrolladas en los últimos años aunque con un mayor impacto en hombres que en mujeres, que se refleja principalmente en el grupo de edad de 15 a 24 años, único grupo en el que las mujeres fumadoras superan al de hombres (8% en hombres y el 13% en mujeres).

Por otra parte, el grupo de 45-64 años de edad, es el que registra mayor prevalencia de tabaquismo, tanto en hombres como en mujeres, desapareciendo la diferencia observada en anteriores ediciones, probablemente por el incremento en este grupo de edad de fumadoras vinculado a los roles de género.

Desde la perspectiva de los determinantes sociales y las desigualdades en salud, además de edad y sexo, es importante considerar otros factores sociales y económicos como el nivel de estudios y la clase social. El tabaquismo se ve influido por determinantes sociales como el nivel de estudios. En 2016, presenta un gradiente social desde el 20%, en el nivel de estudios universitarios, sube escalonadamente hasta el 26,3% en el nivel de estudios primarios, este hecho se observa tanto en hombres como en mujeres. En todos los niveles educativos se observa

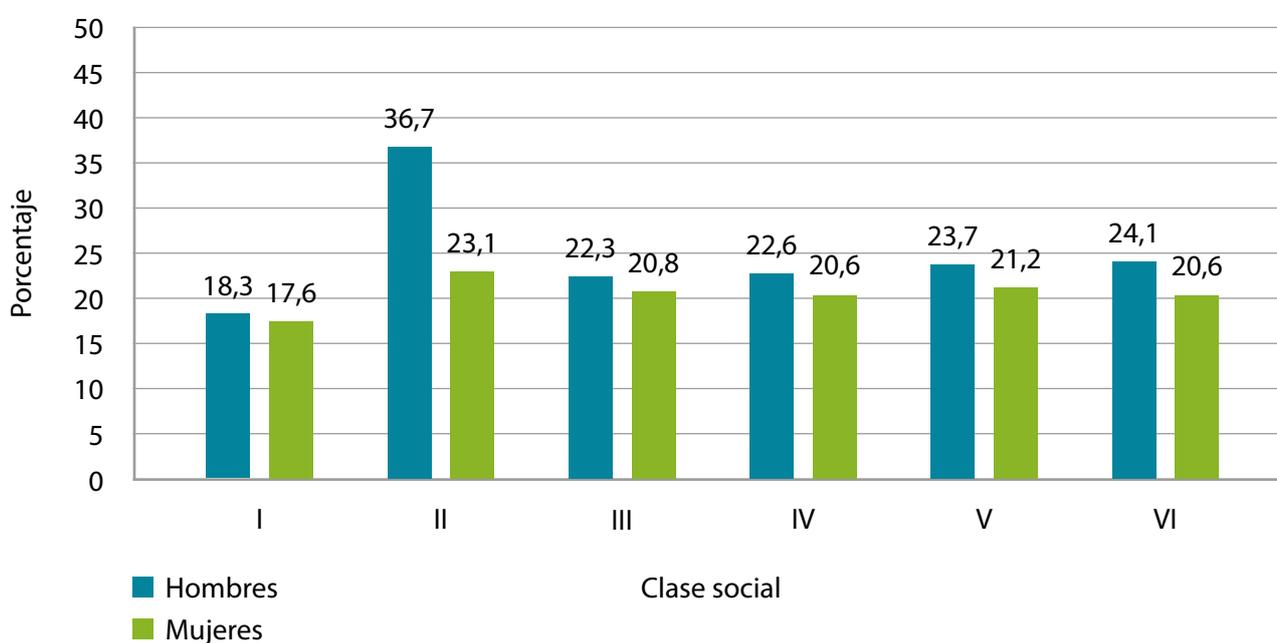
un descenso de personas fumadoras respecto a 2010 y con más intensidad en los niveles más altos de estudios, desapareciendo la brecha de género en la población fumadora con estudios universitarios, como en 2010.

Cabe destacar que en los grupos de nivel educativo más bajo la tendencia del tabaquismo difiere en hombres y mujeres. Se observa un incremento en 2016 de los fumadores con el nivel más bajo de estudios, que no tienen estudios o tienen estudios primarios incompletos (del 14% en 2010 a 22% en 2016), mientras que en mujeres este incremento se registra en el nivel de estudios primarios, reduciéndose la brecha observada en este grupo en 2010.

Por clase social, se observa un patrón similar y con escasa diferencia entre hombres y mujeres, excepto en la clase II que es la que mayor prevalencia de tabaquismo presenta (36,7% en hombres y 23,1 en mujeres). La clase social más favorecida, la clase I (directivos/as y gerentes con 10 o más personas empleadas y profesionales con titulación superior), es la que registra la menor prevalencia de tabaquismo (17,9%). En las clases más bajas y fundamentalmente en hombres observan los mayores descensos en tabaquismo respecto a 2010.

Gráfico 3.

Consumo de tabaco diario o esporádicamente, según el sexo y la clase social, en población mayor de 14 años en la Comunitat Valenciana.

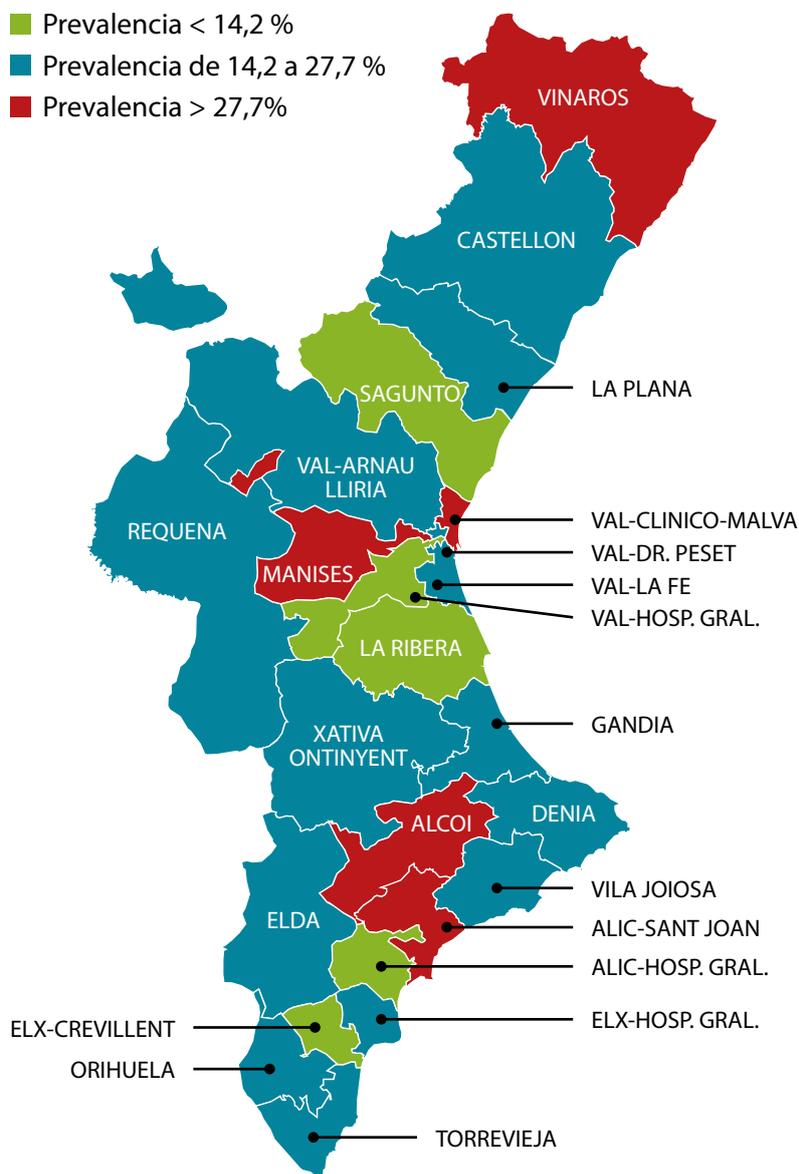


Fuente: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Encuesta de Salud Comunitat Valenciana 2016.

La prevalencia de personas fumadoras (a diario y esporádicamente) comparativa según distribución territorial, por departamentos de salud, se muestra en el gráfico 5. Cabe destacar aquellos departamentos con mayor proporción de población fumadora, Alacant-Sant Joan, València-Clínic y Alcoi. Los departamentos con menor proporción estimada de personas fumadoras son Alacant-Hospital General, Elx-Crevillent y València-Hospital General.

Gráfico 4.

Distribución comparativa de la prevalencia de personas fumadoras (a diario y esporádicamente) en población mayor de 14 años, por departamentos de salud de la Comunitat Valenciana 2016.



Fuente: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Encuesta de Salud Comunitat Valenciana 2016.

2.2. Hábito tabáquico en diferentes etapas de la vida

La consulta preconcepcional es un recurso dentro de la asistencia prenatal, en ella se identifican factores de riesgo y se pueden instaurar medidas preventivas y acciones promotoras de salud. En el año 2012, a través de la Red Centinela de la Comunitat Valenciana, se analizó el perfil de las mujeres que acudían a las consultas de salud sexual y reproductiva para solicitar un control preconcepcional antes del embarazo. Entre los factores de riesgo registrados, el hábito tabáquico fue más habitual entre las mujeres españolas (30%) que entre las de nacionalidad extranjera (14,3%). Según datos registrados en 2016 en la historia obstétrica, casi 1 de cada 5 embarazadas era fumadora y varía según la nacionalidad registrando un mayor porcentaje entre las españolas y de Europa del Este (21,2% y 27,3% respectivamente).

La adolescencia y la juventud son etapas en las que hay una alta vulnerabilidad para el contacto con las drogas, siendo un sector poblacional en que los hábitos de consumo están sometidos a constantes cambios por la influencia de múltiples factores.

En 2016, según los últimos datos publicados en el Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, el 41,1% de la población valenciana de 14 a 18 años declaró haber consumido alguna vez en la vida tabaco y un 37,2% en los últimos 12 meses. Atendiendo al consumo más reciente, prevalencia en el consumo de tabaco en los últimos 30 días, se registró una frecuencia del 29% de la población escolar de 14 a 18 años, mayor en mujeres (30,6%) que en hombres (27,5%).

2.3. Daños por el consumo de tabaco: mortalidad atribuible

El número de muertes atribuibles al consumo de tabaco en la Comunitat Valenciana (CV) en 2001 fue de 5.973, y en 2010 de 6.513, las cuales representaron el 16,0% y el 16,3% respectivamente, del total de defunciones producidas en la población de 35 o más años. La mortalidad atribuible fue mayor en hombres en el periodo estudiado. El número de muertes atribuibles al tabaco experimentó un incremento del 9% entre 2001 y 2010, siendo más notable este incremento en las mujeres (23,1% vs. 5,5%). La evolución temporal del porcentaje de muertes atribuibles al tabaco sobre el total de muertes ocurridas en la CV fue diferente según el sexo: en mujeres fue ascendente desde el 6,8% hasta el 7,7%, y en hombres, sin cambios importantes, desde el 24,4% hasta el 24,1%, respectivamente en 2001 y 2010. En 2001, el 79,9% de los fallecimientos correspondieron a hombres y el 20,1% en mujeres; en 2010, el 77,3 y el 22,7%, respectivamente.

Para grandes causas, en 2001 y 2010 se observa que el 40,6% y el 44,0%, respectivamente, de las muertes atribuidas al tabaco se debieron a neoplasias; el 32,9% y el 32,1% a enfermedad cardiovascular, y el 26,5% y 23,9% a enfermedad respiratoria. Las enfermedades que en mayor medida contribuyeron al número de muertes producidas por el tabaco fueron la neoplasia de tráquea, bronquios y pulmón, el grupo de otras cardiopatías y la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Estas tres causas suman más del 65% del total de muertes atribuibles al tabaco. El número de muertes ha tenido una evolución global ascendente. Por sexo, en hombres, en 2001 y 2010, respectivamente: 1.558 y 1.701 de las muertes atribuibles fueron para la neoplasia de tráquea, bronquios y pulmón; 381 y 476 a otras cardiopatías; 1.072 y 1.077 a EPOC; en mujeres, 143 y 270 neoplasia de tráquea, bronquios y pulmón, 323 y 429 (cardiovasculares), y 283 y 261 (EPOC) respectivamente.

Tabla 2.
Número y porcentaje de muertes atribuibles al tabaco. Comunitat Valenciana 2001-2010.

Sexo	HOMBRES			MUJERES		
	2001	2005	2010	2001	2005	2010
Causa de la muerte						
Neoplasias	2.192 (45,9%)	2.345 (45,3%)	2.444 (48,5%)	232 (19,3%)	321 (20,8%)	421 (28,5%)
Tracto Aero digestivo superior	347 (7,3%)	369 (7,1%)	364 (7,2%)	28 (2,3%)	38 (2,5%)	43 (2,9%)
Tráquea, bronquios, pulmón	1.558 (35,2%)	1.630 (31,5%)	1.701 (33,8%)	143 (11,9%)	193 (12,5%)	270 (18,3%)
Páncreas	73 (1,5%)	77 (1,5%)	96 (1,9%)	37 (3,1%)	52 (3,4%)	66 (4,5%)
Cérvix	–	–	–	5 (0,4%)	10 (0,7%)	9 (0,6%)
Vejiga urinaria	168 (3,5%)	216 (4,2%)	230 (4,6%)	15 (1,3%)	24 (1,6%)	27 (1,8%)
Riñón, otros en tracto urinario	46 (1,0%)	53 (1,0%)	53 (1,1%)	4 (0,3%)	4 (0,3%)	6 (0,4%)
Enfermedades cardiovasculares	1.357 (28,4%)	1.416 (27,3%)	1.388 (27,6%)	608 (50,6%)	745 (48,3%)	704 (47,6%)
Cardiopatía isquémica (35-64 a)	242 (5,1%)	260 (5,0%)	210 (4,2%)	38 (3,2%)	47 (3,1%)	32 (2,2%)
Cardiopatía isquémica (≥65 a)	302 (6,3%)	330 (6,4%)	329 (6,5%)	36 (3,0%)	70 (4,5%)	68 (4,6%)
Enf. Cerebrovasculares (35-64 a)	73 (1,5%)	67 (1,3%)	56 (1,1%)	49 (4,1%)	37 (2,4%)	40 (2,7%)
Enf. Cerebrovasculares (≥65 a)	118 (2,5%)	101 (2,0%)	111 (2,2%)	32 (2,7%)	48 (3,1%)	47 (3,2%)
Enfermedades arteriales	241 (5,1%)	231 (4,5%)	206 (4,1%)	130 (10,8%)	126 (8,2%)	88 (6,0%)
Otras cardiopatías	381 (8,0%)	427 (8,2%)	476 (9,5%)	323 (26,9%)	417 (27,0%)	429 (29,0%)
Enfermedades respiratorias	1.223 (25,6%)	1.421 (27,4%)	1.203 (23,9%)	361 (30,1%)	477 (30,9%)	353 (23,9%)
EPOC	1.072 (22,5%)	1.247 (24,1%)	1.077 (21,4%)	283 (23,6%)	361 (23,4%)	261 (17,7%)
Otras enfermedades respiratorias	151 (3,2%)	174 (3,4%)	126 (2,5%)	78 (6,5%)	116 (7,5%)	92 (6,2%)
Total	4.772 (100,0%)	5.182 (100,0%)	5.035 (100,0%)	1.201 (100,0%)	1.543 (100,0%)	1.478 (100,0%)

Las tasas de mortalidad ajustadas por edad en hombres fueron significativamente mayores que en mujeres ($p < 0,05$) en todas las causas y en los tres cortes del periodo. Las causas que presentaron mayores tasas fueron las mismas en ambos sexos: neoplasia de tráquea, bronquios y pulmón, cardiopatía isquémica en ≥ 65 años y EPOC. Hay que destacar cambios estadísticamente significativos entre el año 2001 y 2010. Por sexo, en hombres se han producido descensos en neoplasia de bronquios, tráquea y pulmón (de 160,3 a 138,0), en cardiopatía isquémica para el grupo de 35 a 64 años (de 32,3 a 21,2), en enfermedades cerebrovasculares para el grupo de 35 a 64 años (de 9,4 a 5,3), en enfermedad arterial (de 22,7 a 15,4), en EPOC (de 124,7 a 94,9) y en otras enfermedades respiratorias (de 13,9 a 9,3). En mujeres se ha producido un ascenso estadísticamente significativo en neoplasia de bronquios, tráquea y pulmón (de 6,3 a 12,4). El resto de causas han experimentado pequeños cambios estadísticamente no significativos.

Tabla 3.
Tasas de mortalidad ajustadas por edad atribuibles al tabaco. Comunitat Valenciana 2001-2010.

CAUSA DE MUERTE (≥ 35 años)	HOMBRES			MUJERES		
	2001 TAE [IC 95%]	2005 TAE [IC 95%]	2010 TAE [IC 95%]	2001 TAE [IC 95%]	2005 TAE [IC 95%]	2010 TAE [IC 95%]
NEOPLASIAS						
Tracto aerodigestivo superior	34,4 [30,8-38,4]	32,6 [29,3-36,3]	28,4 [25,5-31,6]	1,0 [0,5-1,8]	1,4 [0,9-2,3]	1,8 [1,2-2,6]
Tráquea, bronquios, pulmón	160,3 [152,2-168,7]	150,2 [142,8-157,9]	138,0 [131,4-144,8]	6,3 [4,9-7,9]	9,6 [8,0-11,5]	12,4 [10,7-14,3]
Páncreas	6,0 [4,6-7,9]	5,7 [4,3-7,3]	6,5 [5,2-8,1]	0,9 [0,4-1,6]	1,4 [0,8-2,2]	1,9 [1,3-2,8]
Cérvix	np	np	np	0,3 [0,1-0,8]	0,5 [0,2-1,1]	0,4 [0,2-0,9]
Vejiga urinaria	16,5 [13,9-19,4]	18,9 [16,2-21,8]	18,3 [15,9-20,9]	0,2 [0,0-0,7]	0,4 [0,1-0,9]	0,5 [0,2-1,0]
Riñón, otro en tracto urinario	4,3 [3,1-5,9]	4,5 [3,3-6,0]	4,1 [3,0-5,4]	0,0 [0,0-0,3]	0,0 [0,0-0,3]	0,1 [0,0-0,5]
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES						
Cardiopatía isquémica (35-64 años)	32,3 [28,2-36,7]	30,4 [26,7-34,3]	21,2 [18,3-24,3]	2,8 [1,7-4,3]	3,6 [2,5-5,1]	2,7 [1,7-3,9]
Cardiopatía isquémica (≥ 65 años)	102,1 [90,5-114,8]	101,7 [90,7-113,8]	83,6 [74,5-93,6]	7,7 [5,2-10,9]	9,8 [7,1-13,2]	7,0 [4,8-9,7]
Enfermedades cerebrovasculares (35-64 años)	9,4 [7,3-12,0]	7,5 [5,8-9,7]	5,3 [3,9-7,0]	4,5 [3,2-6,3]	3,3 [2,2-4,7]	3,6 [2,5-5,0]
Enfermedades cerebrovasculares (≥ 65 años)	31,8 [25,5-39,3]	27,3 [21,7-33,9]	21,4 [16,9-26,8]	5,9 [3,8-8,8]	6,1 [4,0-8,9]	4,5 [2,9-6,8]
Enfermedad arterial	22,7 [19,6-26,1]	19,3 [16,6-22,3]	15,4 [13,2-17,9]	1,5 [0,9-2,3]	1,2 [0,7-2,0]	0,9 [0,5-1,5]
Otras cardiopatías	30,4 [26,8-34,3]	30,5 [27,4-33,9]	30,5 [27,1-34,2]	3,9 [2,9-5,2]	4,7 [3,6-6,1]	4,1 [3,1-5,2]
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS						
EPOC	124,7 [117,1-132,6]	128,5 [121,3-136,1]	94,9 [89,3-100,9]	7,3 [5,9-9,0]	10,0 [8,4-11,8]	6,3 [5,2-7,7]
Otras enfermedades respiratorias	13,9 [11,5-16,7]	14,1 [11,8-16,7]	9,3 [7,6-11,3]	0,9 [0,4-1,6]	1,3 [0,7-2,0]	0,8 [0,4-1,4]

TAE: Tasas ajustadas por edad; EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica; [IC95%]: Intervalo de confianza al 95%; np: no procede.

2.4. Daños por el consumo del tabaco: aproximación a la incidencia de cáncer

Se enumeran una serie de tumores relacionados en el tabaquismo y se presentan varios indicadores que muestran la magnitud de esta patología en la Comunitat: los tumores relacionados en el tabaquismo los agrupamos como tumores de riesgo.

Tabla 4.
Equivalencia entre los tumores relacionados con el tabaquismo y su clasificación según código de la Clasificación Internacional de Tumores, 9ª revisión (Código CIE-9).

Tumores relacionados con tabaquismo	Código CIE-9
Tracto aero-digestivo superior	140-149, 150, 161
Tráquea, bronquios, pulmón	162
Páncreas	157
Cérvix	180
Vejiga urinaria	188
Riñón y otros en tracto urinario	189

Los datos que se presentan son estimaciones y están extraídos del último Informe del Sistema de Información Oncológico 2013, elaborado desde el Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas Sanitarias de la Dirección General de Salud Pública.

La frecuencia que los tumores de riesgo por tabaquismo han presentado en relación al resto de tumores, ha sido del 39% en hombres y 18% en mujeres. Cuando se analiza la distribución de cada uno de ellos por sexo se encuentra que en los hombres el 15% corresponde a los tumores de pulmón (agrupa tumores de tráquea, bronquios y pulmón), en la vejiga urinaria y riñón, por este orden. En las mujeres el cáncer de pulmón, a distancia de los hombres, ocupa el primer lugar, vejiga y páncreas el segundo y tercer lugar, respectivamente.

Gráfico 5.
Distribución porcentual de los tumores relacionados con el tabaquismo en hombres.
Comunitat Valenciana 2013.

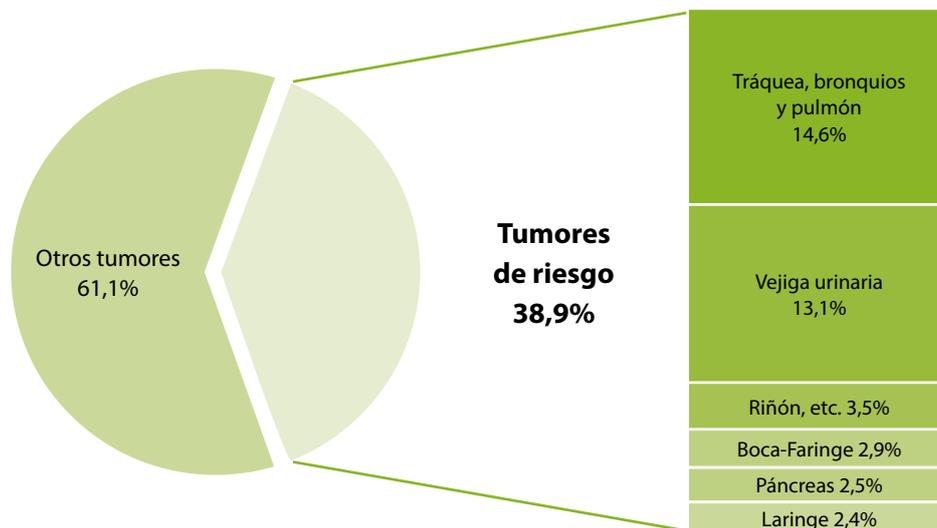
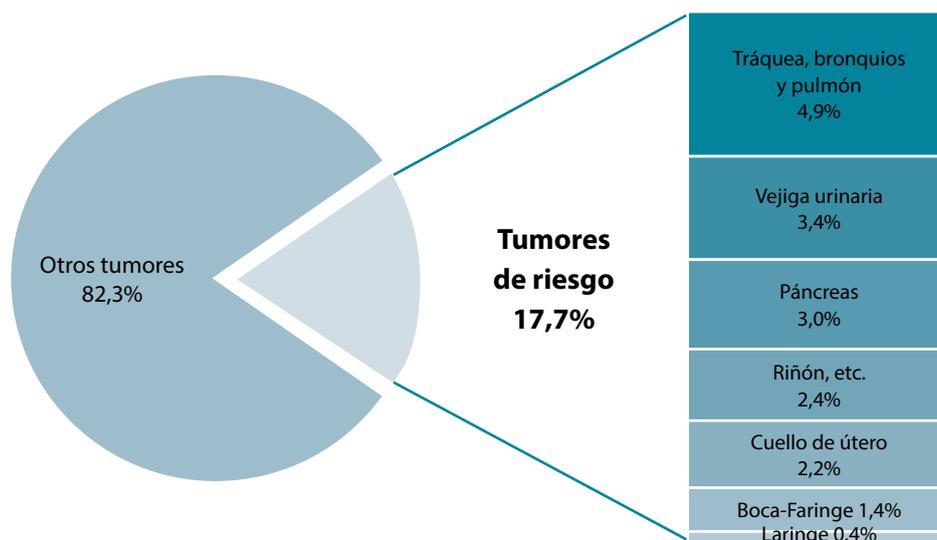


Gráfico 6.
Distribución porcentual de los tumores relacionados con el tabaquismo en mujeres.
Comunitat Valenciana 2013.

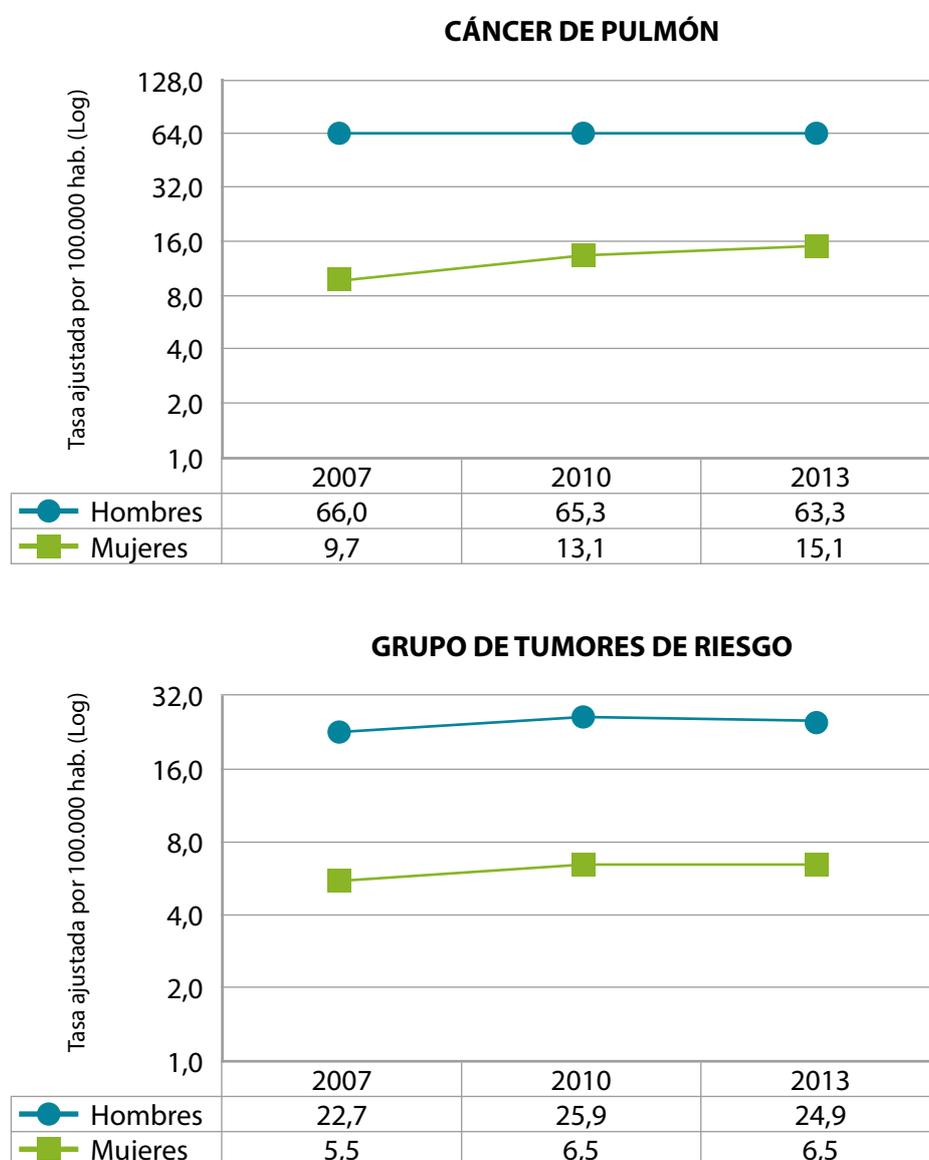


Las comparaciones de tasas de los tumores de riesgo respecto a Europa y España en mujeres y hombres nos sitúan por debajo, a excepción del tumor de vejiga.

A partir de los datos aportados en los informes del Sistema de Información Oncológico de los años 2007, 2010 y 2013, se observa una discreta estabilización en las tasas de los tumores de riesgo y, concretamente en el cáncer de pulmón en hombres y una subida suave, en general, en mujeres y notable en el pulmón.

Gráfico 7.

Tendencia de la incidencia por sexo para el cáncer de pulmón y grupo de tumores de riesgo. Comunitat Valenciana 2007-2013.



Fuente: Sistema de Información Oncológico.

Elaboración: Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas Sanitarias. Dirección General de Salud Pública.

3

El contexto normativo y estratégico ante el consumo de tabaco

3.1. El marco mundial por el control del tabaquismo

El Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) es el principal instrumento de ámbito mundial de control del tabaco. Ha sido el primer tratado negociado bajo los auspicios de la OMS y es uno de los tratados más ampliamente aceptados en la historia de las Naciones Unidas. Está suscrito por más de 176 países, lo que representa el 88% de la población mundial.

El Convenio es un tratado basado en la evidencia que reafirma el derecho de las personas al nivel más alto posible de salud, dota de dimensiones jurídicas la cooperación sanitaria internacional, y establece criterios estrictos para vigilar el cumplimiento, en cuanto al control del tabaco. El 13 de enero de 2005 fue ratificado por el Estado español.

Las partes en el CMCT de la OMS se han comprometido a proteger la salud de sus poblaciones uniéndose a la lucha contra la epidemia de tabaquismo. Para ello, se propuso un conjunto de medidas integrante del plan de acción de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, que se presentaron en la 61ª reunión de la Asamblea Mundial de la Salud en 2008. Estas medidas consideradas como "buenas" u "óptimas" para el control del tabaco están encaminadas a combatir el consumo de tabaco, se corresponden una o varias disposiciones del Convenio. Las medidas se recogen bajo el acrónimo M-POWER, a partir de su significado en inglés. Se pueden resumir en:

- (M) *Monitor*: monitorizar el consumo del tabaco y las políticas de prevención.
- (P) *Protect*: proteger a la población del humo ambiental del tabaco.
- (O) *Offer*: ofrecer ayuda para dejar el tabaco.
- (W) *Warn*: advertir de los peligros del tabaco.
- (E) *Enforce*: hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco.
- (R) *Raise*: aumentar los impuestos aplicados a los productos del tabaco.

3.2. El marco nacional

La Constitución Española reconoce en el Artículo 43 el derecho a la protección de la salud y encomienda (apartado 2) a los poderes públicos la organización y la tutela de la salud pública a través de medidas preventivas. Para contribuir a la efectividad de este derecho, la Ley General de Sanidad de 25 de abril de 1986 estableció la obligación de las administraciones públicas sanitarias de orientar sus actuaciones prioritariamente a la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, evitar las actividades y productos que, directa o indirectamente, puedan tener consecuencias negativas para la salud y regular su publicidad.

El 1 de enero de 2006, entró en vigor la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. El objetivo de la Ley 28/2005 era disminuir la exposición al humo de cigarrillos a la población no fumadora y reducir la prevalencia del consumo de tabaco en España. Dado su carácter integral, abarcaba aspectos de gran importancia para la prevención del tabaquismo y el control de los productos del tabaco, como prevención de la exposición al humo del tabaco en el lugar de trabajo, las limitaciones en la venta y en el consumo, la regulación de la publicidad, la promoción y el patrocinio, y los planes y estrategias destinados a la prevención ya la deshabituación.

La Ley se articula en cinco capítulos: Disposiciones Generales; Limitaciones a la venta, suministro y consumo de los productos del tabaco; Regulación de la publicidad, promoción y patrocinio de los productos del tabaco; Medidas de prevención del tabaquismo impulsando acciones de educación para la salud y de información sanitaria y, Régimen de infracciones y sanciones.

La Ley 42/2010, de 30 de diciembre, modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.

Transcurridos más de cuatro años de aplicación de la Ley 28/2005, se puso de manifiesto la necesidad de avanzar en la protección de la salud de la ciudadanía ampliando la prohibición de fumar en espacios públicos cerrados y colectivos.

La modificación de la Ley profundizó en los siguientes puntos: protección a la población del humo ambiental del tabaco; protección a toda la población trabajadora del humo ambiental del tabaco en sus centros y puestos de trabajo; protección a la población menor de edad del humo ambiental del tabaco; prevención del inicio del consumo de tabaco; facilitar la deshabituación tabáquica y desnormalizar el consumo de tabaco en la sociedad. Los colectivos especialmente beneficiados de esta medida son menores y la población trabajadora del sector de la hostelería.

El 29 de marzo de 2014 entró en vigor una nueva Ley 3/2014, de 27 de marzo, por la que se modifica el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, que vino a modificar también la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, en los aspectos relativos a la utilización de los dispositivos susceptibles de liberación de nicotina y productos similares (como los cigarrillos electrónicos). Por un lado, se aportó la definición de dispositivo susceptible de liberación de nicotina ("cigarrillos

electrónicos”) y, por otra, se regula la prohibición de venta a menores, su publicidad y restringe los lugares de su utilización.

El 9 de junio de 2017, entró en vigor el Real Decreto 579/2017, por el que se regularon determinados aspectos relativos a la fabricación, presentación y comercialización de los productos del tabaco y de los productos relacionados. El objeto de este real decreto ha sido la transposición parcial de la Directiva 2014/40 / UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 3 de abril de 2014, en los aspectos relativos a la fabricación, presentación y comercialización de los productos del tabaco y de los productos relacionados, incluyendo la trazabilidad y las medidas de seguridad de los productos del tabaco, sustituyendo la regulación contenida anteriormente en el Real Decreto 1079/2002, de 18 de octubre. El Real Decreto regula determinados aspectos relacionados con la fabricación y la comercialización de los productos del tabaco, los productos nuevos, los dispositivos susceptibles de liberación de nicotina y envases de recarga y los productos a base de hierbas para fumar. Cabe destacar que se regulan por primera vez, desde el punto de vista de salud pública, los productos nuevos del tabaco y de los productos a base de hierbas para fumar.

La última modificación de la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, para transponer la Directiva 2014/40/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 3 de abril de 2014, se ha hecho mediante el Real Decreto Ley 17 / 2017, de 17 de noviembre. Las principales novedades que introduce esta Ley son las limitaciones a la venta a distancia de los dispositivos susceptibles de liberar nicotina (cigarrillos electrónicos y envases de recarga). Además, se equiparan la publicidad, la promoción y el patrocinio de estos dispositivos con las de los productos del tabaco y se incluye la prohibición de la venta a distancia transfronteriza también para dispositivos susceptibles de liberación de nicotina.

3.3. El ámbito de la Comunitat Valenciana

En la Comunitat Valenciana, a través de la Dirección General de Salud Pública, la Conselleria de Sanidad desarrolló en la Orden de 20 de junio de 1988, un Programa para la disminución del consumo de tabaco, las principales líneas de actuación coinciden con las recomendaciones generales dadas por los organismos internacionales y pretende coordinar las acciones encaminadas a controlar el problema del tabaquismo. Las actividades del programa se apoyan en cuatro tipos de actuaciones (informativas, educativas, legislativas y de atención terapéutica) que se adecuan a la persona destinataria: infancia, juventud, personas adultas sanas o con problemas de salud asociados al tabaquismo o en situaciones de especial vulnerabilidad para los efectos del tabaco.

La Orden de 7 de julio de 1997 dio lugar a la creación de la Unidades de Conductas Adictivas (UCA), configurando las bases del ordenamiento jurídico sobre el control del tabaco en la Comunitat Valenciana. El Decreto Legislativo 1/2003, de 1 de abril, de la Generalitat aprueba el texto refundido de la Ley sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos.

Posteriormente, el Decreto 53/2006, de 21 de abril, del Consejo, desarrolla en el ámbito de la Comunitat Valenciana la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco (DOGV núm 5246, de 26.04.06).

La Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de Salud de la Comunitat Valenciana, en el título VI regula las drogodependencias y otros trastornos adictivos en el contexto del Sistema Valenciano de Salud,

donde se incluye el tabaco, contemplando las singularidades propias de la materia, como consecuencia de su naturaleza dual: sanitaria y social. En este título se desarrollan las líneas de actuación, basadas en la planificación, la prevención y la atención a las personas con adicciones, y se regula la publicidad, promoción, venta, suministro y consumo de determinadas sustancias y productos.

El problema del tabaquismo en la Comunitat Valenciana ha sido objeto de atención en todos los planes de salud. Teniendo en cuenta el marco conceptual del modelo de atención a la cronicidad propuesto por la OMS, el IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana 2016-20 dedica la Línea Estratégica 2: Orientación hacia la cronicidad y hacia los resultados en salud para incrementar la esperanza de vida en buena salud, en la que se contemplan tres objetivos en los que proponen acciones relacionadas con el hábito tabáquico.

El objetivo 2.1: se centra en actuar sobre los diferentes factores de riesgo comunes compartidos por las principales enfermedades crónicas, ya que todas estas enfermedades comparten una serie de factores de riesgo modificables (entre ellos el tabaco) y un abordaje común supondrá una gran ventaja, dado que en muchas ocasiones una misma persona va a sufrir más de una de estas enfermedades, obteniendo así el máximo rendimiento en los resultados en salud desde una visión integral del proceso asistencial. Entre las acciones, propone el registrar en la Historia de Salud Electrónica del hábito tabáquico en las personas mayores de 10 años de edad y favorecer el abandono del hábito tabáquico en las consultas de atención primaria.

El objetivo 2.2: hace referencia a disminuir la morbimortalidad por enfermedades cardio y cerebrovasculares, se plantea entre sus acciones el registro en la historia de salud electrónica el cálculo y valoración del riesgo cardiovascular en las personas identificadas con algún factor de riesgo cardiovascular (entre los que se recoge el tabaquismo) y que ofrezcan intervenciones preventivas o terapéuticas que necesite.

El objetivo 2.5: relacionado con el abordaje de las enfermedades respiratorias crónicas, contempla la acción del soporte de la deshabituación tabáquica de los pacientes que fuman. Todas ellas con una perspectiva de género y reforzando las intervenciones en los colectivos más vulnerables para disminuir las desigualdades detectadas.

A lo largo de otras líneas estratégicas y objetivos del Plan de Salud 2016-2020 se recogen acciones relacionadas con el tabaco y dirigidas a personas en diferentes etapas del ciclo vital y en los entornos en que se desarrollan, como sensibilizar e informar a los padres y madres y, personas educadoras de la importancia de adquirir hábitos de vida saludables desde la primera infancia, vigilar de la tendencia del consumo entre la población adolescente y juvenil para definir acciones a emprender, fomentar la formación de padres y madres en habilidades educativas para la prevención del consumo, realizar intervenciones preventivas a la consulta preconcepcional y consejos sobre hábitos saludables durante el embarazo y la lactancia así como impulsar la participación de los centros docentes en programas de prevención del consumo, entre otros.

4

Metodología para la elaboración de la EPiAT-CV

La estrategia EPiAT-CV es el resultado de un proceso de elaboración caracterizado por su complejidad, el tiempo de maduración reflexiva y la participación social. Podemos afirmar que el diseño metodológico de formulación de la EPiAT-CV se encuentra, pues, en consonancia con los planteamientos más innovadores en el ámbito internacional que, con respecto a la formulación de políticas de salud, abogan por la articulación entre el conocimiento experto y el saber proveniente de la sociedad civil y que descansan en metodologías participativas como vías principales para alcanzar esta meta (1). En esta misma línea se sitúa el IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana, marco al que se inscribe la EPiAT-CV (2).

La apuesta por las metodologías participativas en la formulación de las políticas públicas responde, en primer lugar, a la demanda social de democratización de la sociedad, así como de promoción de la gobernanza; en segundo lugar, y con respecto a un objetivo de carácter operativo, la utilización de metodologías participativas en el diseño de estrategias de promoción de la salud nos permite, no sólo ampliar las voces implicadas en la formulación de las políticas y las herramientas, sino también situarnos en una concepción más proactiva y colaborativa de la construcción del conocimiento.

El trabajo de redacción del EPiAT-CV se ha desarrollado a través de las etapas que reconocemos como propias de los procesos participativos: una primera fase de diagnóstico, una segunda fase propositiva, y una tercera fase de definición de indicadores de evaluación (3). El seguimiento del proceso ha estado a cargo de un comité coordinador compuesto de seis personas que ha operado a modo de grupo motor, asumiendo las tareas de dinamización de la participación, valoración de las aportaciones, redacción de los documentos base de cada una de las etapas o retorno de los resultados parciales, entre otras. Asimismo, la estrategia ha contado, también, con un comité técnico de 18 personas que ejercen como profesionales en áreas directamente implicadas en la atención, el control y la prevención del tabaquismo. La participación de este comité técnico se ha contemplado para todas y cada una de las fases del diseño de la estrategia EPiAT, constituyendo una fuente importante de conocimiento científico y profesional. Por último, se ha configurado un comité de participación que ha aglutinado los distintos actores que se convocan para

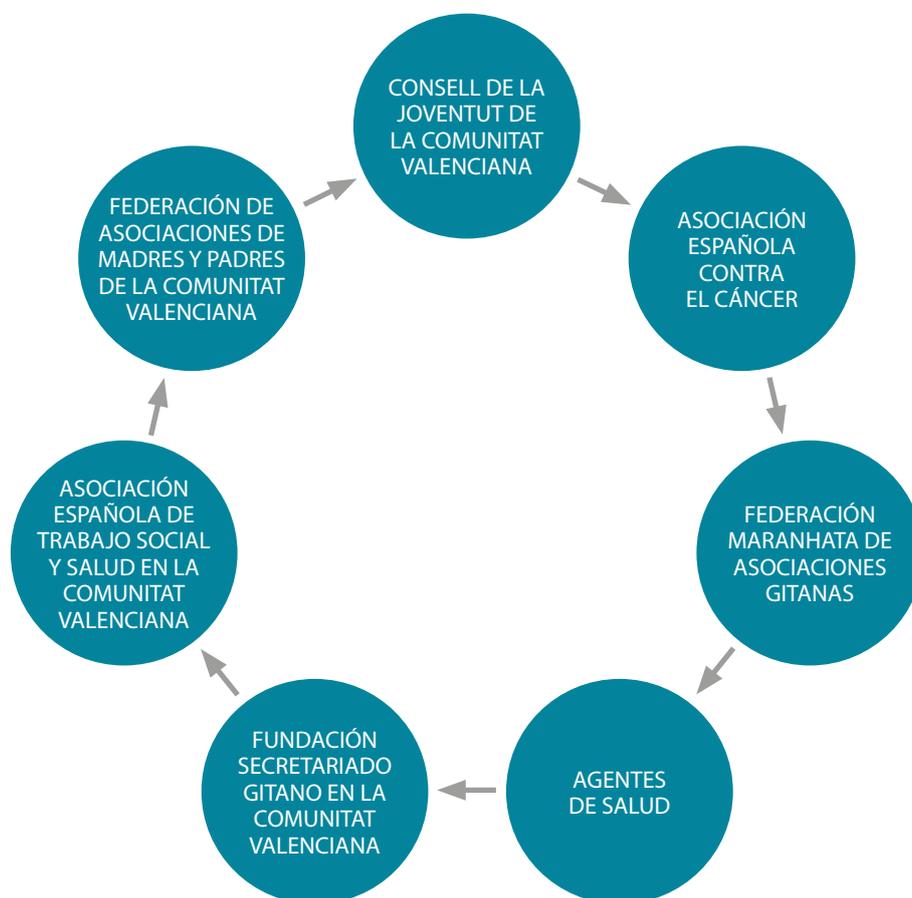
participar en la elaboración del EPIAT-CV. Este comité ha sido compuesto por el comité técnico, las asociaciones y colectivos y entidades ciudadanas, en segundo lugar, y las sociedades científicas y asociaciones profesionales en tercer lugar.

Durante el proceso de formulación de la estrategia, se crearon distintos espacios presenciales de información / participación que han implicado a diferentes colectivos en sesiones deliberativas. En todas las dinámicas se han previsto mecanismos destinados al debate y la vehiculización de aportaciones; de esta manera, las sociedades científicas fueron convocadas a un taller Metaplán de diagnóstico y escenario de futuro; las asociaciones y otros órganos y entidades ciudadanas a dos entrevistas grupales: una de diagnóstico y otra de propuestas de acción; el grupo de profesionales a un taller DAFO-CAME de dos sesiones, y un total de cinco talleres deliberativos de revisión y concreción de las fases de diagnóstico y propuesta y de definición de indicadores de evaluación. Para garantizar la calidad de la información recabada, algunas de las dinámicas presenciales han sido complementadas con un trabajo individual mediado por instrumentos virtuales.

Gráfico 8.

Sociedades científicas y asociaciones profesionales participantes en la técnica de Metaplán.



Gráfico 9.**Asociaciones y entidades ciudadanas participantes en la técnica de las entrevistas grupales.****Fase 0: Punto cero del proceso de elaboración de la EPiAT-CV**

Todo documento estratégico debe contemplar siempre los datos secundarios disponibles sobre la problemática de salud que pretende abordar (1). Es por ello, que la fase 0 de este proceso consistió en una recopilación de aquella información que nos ayudaría a dibujar la realidad-reflejo de los usos y prácticas asociadas al consumo de tabaco, así como los problemas de salud que se derivan de estos y el abordaje que se hace desde los servicios de salud de la Comunitat Valenciana. Por otra parte, había que atender el mapeo de actores que se involucran directa o indirectamente (profesionales, tabacaleras, personas vendedoras minoristas, pero también asociaciones “pro-tolerancia”) en este fenómeno (4) (5).

El conocimiento de este contexto de partida no es sólo fundamental para diseñar objetivos que se adecuen a la realidad presente, sino también para proponer indicadores de evaluación que devengan útiles tanto en el proceso de desarrollo de la estrategia como en la evaluación final.

En segundo lugar, la estrategia debía ser capaz de identificar áreas de actuación que, respondiendo a la evidencia científica, contribuyeron al control del tabaquismo.

Con estos objetivos marcados el grupo de trabajo destinó sus esfuerzos en identificar, discutir y sistematizar información y documentación que serviría como punto de partida del documento estratégico.

Fase 1: Diagnóstico participado

El objetivo con el que se pretendía cumplir en esta fase fue el de dibujar el estado de la cuestión en cuanto a la realidad del tabaquismo en nuestra Comunidad Autónoma, así como en cuanto a los recursos y herramientas de los que disponemos para hacerle frente.

Una vez abordada la Fase 0 de la estrategia con la revisión de datos secundarios, en la fase 1 de diagnóstico se han focalizado los esfuerzos en la diagnosis participada. Un proceso que pretendía ofrecer información existente sobre los problemas y necesidades que confronta la comunidad y que resultan pertinentes para el diseño de una estrategia de salud.

En esta fase se ha optado por el uso de una metodología participativa capaz de crear espacios de formulación de opinión y propuestas destinados, no solo al personal experto y profesional de la salud, sino también a la ciudadanía. Durante las últimas décadas, la participación de la ciudadanía adquiere relevancia en el ámbito de la salud pública. Esta participación no sólo se explica atendiendo a los derechos de ciudadanía, sino que también se justifica por la voluntad de incluir una voz tradicionalmente desoída pero directamente implicada en la mejora de la salud de la población (6).

Desde esta mirada se ha intentado rehuir de la rigidez de la ortodoxia aplicando técnicas de investigación participativas desde una lectura contingente y de acuerdo con los rasgos característicos y las idiosincrasias de los actores involucrados en el proceso (4), procedimiento que nos ha permitido recaudar un espesor de aportaciones provenientes de voces diversas. Siguiendo esta premisa se llevó a cabo una dinámica DAFO con profesionales, una entrevista grupal con asociaciones y colectivos y entidades ciudadanas y un Metaplan con sociedades científicas.

Esta información ha sido sistematizada y articulada con el fin de definir ejes de diagnóstico capaces de integrar las necesidades manifestadas por los colectivos implicados en el proceso. Los ejes primarios de diagnóstico que han derivado de este proceso han sido:

DEBILIDADES (puntos negativos e internos)

- Contexto sociopolítico poco favorable al control del tabaquismo
- No existe un programa estructurado de atención al tabaquismo ni en atención primaria ni en atención hospitalaria
- Hay profesionales poco sensibles con la materia

FORTALEZAS (puntos positivos e internos)

- Hay elementos coyunturales que propicien el impulso de la EPIAT
- La organización y la gestión de nuestro sistema de salud puede favorecer esta tarea
- Contamos con profesionales con implicación en la prevención y el control del tabaquismo

AMENAZAS (puntos negativos y externos)

- Existencia de grupos de población vulnerables al tabaquismo
- Falta de percepción social del tabaquismo como una enfermedad y mensajes contradictorios que favorecen esta actitud
- Elementos estructurales facilitadores del uso y consumo del tabaco

OPORTUNIDADES (puntos positivos y externos)

- Marco internacional de referencia y normativa propia que favorecen el abandono del consumo de tabaco
- Implicación activa del sector sanitario (investigación, intervención) en hacerle frente al tabaquismo
- Reacción positiva de determinados sectores de la sociedad civil y estrategias para intervenir en la población

Fase 2: Fase propositiva

La articulación de una diagnosis integrada producto de la fase anterior, aportó un conocimiento fundamentado en los condicionantes de la realidad local, sus características, la valoración de los problemas y conflictos vigentes, así como la identificación de las potencialidades existentes de cara a intervenir sobre el control y la prevención del tabaquismo. La fase propositiva de la fase 2 tuvo como finalidad fundamental la de demarcar los objetivos concretos de la acción estratégica, situándose en las transformaciones que se querían proyectar para la realidad concreta. En esta fase se perfilaron las líneas estratégicas contextualizadas, pero al mismo tiempo transformadoras, concordantes con las políticas generales y con la normativa vigente que atañe a nuestro contexto, pero también creativas en cuanto a sus propuestas.

La fase de formulación de ejes estratégicos ha sido mediada por una metodología mixta que ha involucrado a los colectivos profesionales a través de un proceso CAME y de diversos talleres deliberativos y las asociaciones, colectivos y entidades ciudadanas a través de una entrevista grupal. El desarrollo de estos procesos ha ido en paralelo a la difusión e intercambio de información en distintas etapas.

Fase 3: Propuesta de evaluación

El diseño de toda estrategia de una política pública debe prever fases de seguimiento y evaluación (3). Esto supone nutrirse de una matriz de indicadores viables y eficaces a la hora de valorar el impacto de las acciones propuestas. El proceso de formulación del EPIAT contempló esta fase necesaria proyectada también desde un espacio de participación donde, a través de distintos talleres deliberativos y atendiendo la diagnosis consensuada y las líneas estratégicas formuladas, el colectivo profesional diseñó la matriz de indicadores de evaluación.

Los resultados de la fase 2 y la fase 3 los encontraremos desarrollados en las líneas estratégicas de este documento.

Referencias en este capítulo

1. MINKLER M., WALLERSTEIN N. (editores). *Community-based participatory research for health: From process to outcomes*. London: John Wiley & Sons, 2011.
2. *IV Pla de Salut 2016 – 2020 Comunitat Valenciana*. València: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, 2016.
3. WALLERSTEIN N., DURAN B. *Community-based participatory research contributions to intervention research: the intersection of science and practice to improve health equity*. American Journal of Public Health, 2010: 100(S1), S40-S46.
4. MONTAÑÉS M. *Metodología y técnica participativa: Teoría y práctica de una estrategia de investigación participativa*, vol. 127. Barcelona: Editorial UOC, 2011.
5. GRANERO L., VILLALBÍ J.R. i GALLEGO R. ¿Quién se opone a la prevención? Un mapa de los actores pro tabaco en España. *Gac Sanit*, 2004: 18(5), 374-379.
6. SCHMITTDIEL J.A., GRUMBACH K. i SELBY J.V. *System-based participatory research in health care: an approach for sustainable translational research and quality improvement*. *Ann Fam Med*, 2010: 8(3), 256-259.

5

Líneas estratégicas y acciones

L1	Promover políticas intersectoriales dirigidas a la prevención y atención al tabaquismo reduciendo desigualdades sociales
L2	Sensibilizar a la sociedad sobre el tabaquismo como problema de salud prioritario
L3	Potenciar la atención integral al tabaquismo desde el Sistema Valenciano de Salud
L4	Impulsar la formación para la prevención y control del tabaquismo en todas las profesiones y organizaciones que puedan incidir en este problema de salud
L5	Impulsar la investigación en tabaquismo

L1

Promover políticas intersectoriales dirigidas a la prevención y atención del tabaquismo reduciendo desigualdades sociales

Según la OMS, una política pública saludable se caracteriza por una preocupación explícita por la salud y la equidad en todas las áreas de la política, y por asumir una responsabilidad sobre su impacto en la salud. La finalidad de una política saludable es crear entornos facilitadores que permiten a las personas llevar una vida saludable (1).

Elaborar y desarrollar políticas intersectoriales dirigidas a la prevención y control del tabaquismo implica que las personas que toman decisiones en diferentes sectores como el legislativo, el sanitario, el educativo, el social, el laboral, el económico, etc. asuman que la prevención y el control del tabaquismo forman parte de sus propios objetivos, porque la adicción al tabaco es un problema que afecta a la salud de todas y todos. Así pues, las personas que toman decisiones se implican en crear entornos (familiar, escolar, laboral, ocio y tiempo libre, sanitario, etc.) favorables a una vida sin tabaco desde el embarazo hasta el envejecimiento; entornos desde donde se facilita que las personas que fuman dejen de hacerlo y opten por elecciones saludables. En definitiva, desarrollar políticas desde diferentes sectores para convertir los entornos físicos y sociales en potenciadores de la salud (1).

La OMS postula la estrategia MPOWER que reúne las seis estrategias (ver página 19) más rentables que disponen los gobiernos para reducir el impacto del tabaquismo (2).

En España, el actual marco legal, Leyes 28/2005 y 42/2010, ha favorecido el avance de estas políticas más costo-efectivas. Tal y como se destaca en la Escala de Control del Tabaquismo, en los últimos diez años, España ha avanzado en las políticas de espacio sin humo, aunque el resto de las políticas de la estrategia MPOWER están menos desarrolladas y podrían mejorarse (2).

La prevención y el control del tabaquismo deben situarse de manera prioritaria en la agenda política de todos los sectores y niveles de gobierno de manera que dispongamos de un marco normativo favorecedor de la prevención y de los entornos sin tabaco; pongamos en marcha aquellas medidas administrativas y económicas encaminadas a la reducción del consumo de tabaco; y establezcamos alianzas con todos los sectores implicados.

¿Cuáles son los sectores clave para la prevención y control del tabaquismo? Aparte del sector sanitario, los sectores de la educación, de la hostelería y responsables de las políticas de juventud y de los espacios de ocio; el sector cultural y los medios de comunicación. Pero también el sector del deporte y la actividad física, el del asociacionismo vinculado a las enfermedades crónicas, en el ámbito deportivo o el conocimiento y disfrute de la naturaleza y protección del medio natural; las asociaciones de madres y padres y las sociedades científicas, entre otros. La colaboración y coordinación intersectorial en la lucha contra el tabaco posibilita que podamos obtener resultados en salud de una manera más eficaz, eficiente y sostenible que si actuamos tan sólo desde el ámbito sanitario (1).

Actualmente y para todo el mundo, se ha definido la estrategia *tobacco endgame* o “la etapa final del consumo del tabaco” como el conjunto de iniciativas destinadas a cambiar o eliminar de forma permanente las

dinámicas estructurales, políticas y sociales que sostienen esta epidemia (2) y “desnormalizar” el consumo de tabaco. El grupo de trabajo sobre tabaquismo de la Sociedad Española de Epidemiología formula una serie de propuestas para planificar el *endgame* del tabaquismo en España, desde una perspectiva poblacional, multidimensional e intersectorial (2).

Estas propuestas van en la línea de implementar el empaquetado genérico, desarrollar campañas de publicidad para prevenir el consumo, igualar el precio de los diferentes productos del tabaco, regular el uso de los cigarrillos electrónicos equiparando la normativa a la del consumo de tabaco, considerar nuevos espacios libres de humo (sobre todo en lugares donde puedan estar expuestas las personas menores de edad) y ampliar las ayudas para dejar de fumar, incluyendo intervenciones específicas en colectivos en situación de vulnerabilidad que podrían necesitar tratamientos farmacológicos subvencionados y la capacitación de profesionales de la salud en intervenciones efectivas (2).

Las inequidades en salud son aquellas diferencias en la salud de las personas que son innecesarias, injustas y evitables (3). Está demostrado que existen desigualdades socioeconómicas (por estatus económico, educación, género, etnia y lugar de residencia) en relación al consumo del tabaco que son significativas y están aumentando. Además, el consumo del tabaco es una de las principales causas de inequidad sanitaria en Europa, capaz de explicar, por ejemplo, más de la mitad de las inequidades en mortalidad entre hombres de alto y bajo nivel socioeconómico en Reino Unido y Polonia (4).

En general, los grupos de bajo nivel socioeconómico consumen más tabaco y experimentan grados más elevados de muerte y discapacidad a causa del tabaco que los grupos con nivel más alto; las desigualdades en el consumo de tabaco y el daño relacionado con el tabaco se inicia en el útero y se componen en el curso de vida; y las mujeres son más vulnerables al desarrollo de los problemas de salud derivados del tabaco (4).

En nuestro contexto, la Segunda Encuesta Nacional de Salud a Población Gitana realizada en 2014 refleja desigualdades en salud en cuanto al tabaquismo en la población gitana (5). Si bien el consumo declarado en el caso de las mujeres gitanas es inferior que en el conjunto de la población femenina de España (16,7% frente a 21,7%), es superior en los hombres gitanos en comparación con la población masculina española (54,2% frente a 28,3%). En la población gitana, el nivel de consumo declarado en 2014 es similar al observado en 2006; mientras que en la población general española se ha reducido (de 31,7% a 28,3%), lo que significa que la desigualdad ha aumentado. Respecto a la edad de inicio declarada en 2014, la media es inferior en la población gitana en comparación con la población general: en los hombres se sitúa en 14,7 años en población gitana y 16,6 años en la población general; mientras que para las mujeres gitanas se sitúa en 15,8 años y 17,7 años, respectivamente. Este indicador ha empeorado en 2014, ya que, en 2006, el inicio en mujeres gitanas era de 17,4 años.

Así pues, está demostrado que las políticas que reducen la prevalencia del tabaquismo no reducen necesariamente las desigualdades y, de hecho, incluso pueden empeorarlas; por lo tanto, para tener éxito en las políticas de prevención y control del tabaquismo con perspectiva de equidad, hay que tener en cuenta las desigualdades en las medidas de control del tabaco y monitorizar el diferente impacto de las políticas en diferentes grupos sociales identificando las desigualdades en (4):

- el consumo del tabaco y la exposición entre diferentes grupos sociales;
- la vulnerabilidad y los daños por la exposición al tabaco;

- el acceso y resultados de la atención por parte del sistema sanitario, y
- los daños socioeconómicos “por” o “como consecuencia” del consumo del tabaco.

Por ello a la hora de poner en marcha acciones para la prevención y control del tabaco, se deben tener en cuenta estas diferencias para aplicar el principio de universalismo proporcional e intensificar las acciones en las poblaciones y entornos que más lo necesitan (4).

Según la OMS, la acción intersectorial es considerada primordial para lograr una mayor equidad en salud, ya que uno de los objetivos de la acción intersectorial consiste en lograr una mayor concienciación sobre las consecuencias sanitarias de las decisiones políticas y las prácticas organizativas de los distintos sectores (1).

Objetivos y acciones vinculadas con la línea estratégica 1 de la EPiAT-CV: Promover políticas intersectoriales dirigidas a la prevención y atención al tabaquismo reduciendo desigualdades sociales

1.A. Desarrollar y adaptar el marco normativo y legislativo a la realidad de la Comunitat Valenciana

- a) Actualizar la Orden (20/6/1988) incorporando los principios del IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana y los de la presente Estrategia de Prevención y Atención al Tabaquismo (EPiAT-CV)
- b) Incrementar el control a las infracciones por aplicación de la normativa
- c) Proponer la incorporación a la cartera básica de prestaciones farmacéuticas del Sistema Nacional de Salud aquellos fármacos que, atendiendo la evidencia científica, son adecuados para el tratamiento de la adicción al tabaco
- d) Hacer efectiva la atención al tabaquismo en la cartera básica de servicios en el ámbito de Atención Primaria

1.B. Establecer alianzas con todos los sectores implicados en la prevención y atención del tabaquismo

- a) Promover la aplicación de la EPiAT en todos los ámbitos
 - a.1. Ámbito educativo
 - a.2. Hostelería
 - a.3. Administración local
 - a.4. Asociaciones
 - a.5. Ámbito deportivo
 - a.6. Ocio y cultura
 - a.7. Turismo y naturaleza
- b) Promover la ampliación de los espacios libres de humo en todos los entornos
- c) Promover intervenciones dirigidas a grupos vulnerables
 - b.1. Diversificando las estrategias metodológicas y didácticas (grupos de iguales)
 - b.2. Ampliando los grupos poblacionales destinatarios (familias)

Referencias en este capítulo

1. OMS. *Promoción de la salud, glosario*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1998.
2. PÉREZ-RÍOS M., GALÁN I. (editores). *Evaluación de las políticas de control del tabaquismo en España (Leyes 28/2005 y 42/2010), revisión de la evidencia*. Barcelona: Grupo de trabajo sobre tabaquismo de la Sociedad Española de Epidemiología, 2017.
3. DAHLGREN G., WHITEHEAD M. *European strategies for tackling social inequities in health: levelling up part 2*. Copenhagen: WHO Regional Office Europe, 2007. Disponible en línea: [http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf], consultado el 4 de diciembre de 2017).
4. LORING B. *Tobacco and inequities, guidance for addressing inequities in tobacco-related harm*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2014.
5. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA, CALIDAD E INNOVACIÓN. *Segunda Encuesta Nacional de Salud a Población Gitana, 2014*. Madrid: MSSSI, 2016.

L2

Sensibilizar a la sociedad sobre el tabaquismo como un problema de salud prioritario

La percepción de los problemas sociales y, también, de los sanitarios está en función de los acontecimientos, de las presiones mediáticas, los agentes de opinión y del hecho de considerarse más o menos vulnerables a ellos. Sin embargo, la interacción de todos estos factores puede condicionar que los problemas se puedan percibir como superados e incluso, dejan de tener la consideración social de ser relevantes para la salud.

El tabaquismo nos acompaña desde hace siglos y tanto la gran aceptación social de esta práctica como los múltiples intereses que rodean el consumo del tabaco, han conseguido depreciar los efectos de esta adicción, la carga y magnitud no es objetivamente comparable a otras causas evitables de morbilidad mortalidad.

Muchos son los factores que a lo largo de la historia han favorecido la expansión del tabaquismo. Entre ellos cabe destacar las agresivas y hábiles campañas de publicidad de las tabacaleras que han influido en gran medida la percepción de la población en relación al tabaco. Mediante multimillonarias campañas, la industria ha logrado penetrar de forma profunda en la sociedad, aumentando y convirtiendo en cotidiano el consumo de tabaco: primero, entre los hombres y, posteriormente, entre las mujeres. Mensajes asociando el consumo de cigarrillos en valores socialmente reconocidos como la independencia, la madurez o la liberación han sido parte del éxito de las estrategias de las tabacaleras (1).

En España, la población ha sido poco receptiva a los mensajes que desde la administración se han difundido advirtiendo de los peligros que supone el consumo de tabaco. La disonancia generada, en el pasado, por la falta de actuaciones administrativas concretas y la difusión de argumentos basados en los beneficios económicos y laborales derivados de la producción y comercialización del tabaco, han acondicionado disonancias y falta de valoración del problema en la población. A pesar de estas contradicciones fomentadas por los intereses de la industria, la sociedad ha ido adquiriendo conciencia sobre la relación existente entre tabaco y enfermedad, si bien a un ritmo lento y de forma desigual según las características.

En un estudio realizado en 2014 sobre la percepción social de las drogas en España, el tabaco fue reconocido como droga por la mitad de las personas entrevistadas (53,4%) cifra que duplicó los resultados obtenidos en 2004 (24,8%). Sin embargo, esta condición de legalidad minimiza la percepción de peligrosidad de su consumo por la sociedad, sobre todo en comparación a la representación social que presenta el consumo de las drogas ilegales. En esta misma encuesta, el tabaco fue considerado como la segunda droga más consumida en nuestro país sólo superada por el alcohol y seguida por el cannabis. El binomio permisividad legal y social de consumo hace que el tabaco, junto al alcohol y al cannabis, quede asociado a baja peligrosidad y esto, a su vez, sustente la permisividad de su uso. El tabaco es claramente percibido como más peligroso conforme se incrementa la edad de la población encuestada, pero es proporcionalmente visto con menor peligrosidad por quienes son consumidores de este, el alcohol o del cannabis, pudiendo justificar esta percepción el hecho de que sus efectos deletéreos son diferidos en el tiempo, mientras que la activación de los mecanismos de recompensa son inmediatos (2).

Según el informe ESTUDES (2016), el tabaco es la segunda droga más extendida entre estudiantes de 14-18 años después del alcohol, registrando que el 38,4% del alumnado ha fumado tabaco en alguna ocasión en su vida. Cuando se aborda la percepción de riesgo ante el consumo de un paquete de tabaco a diario, se observa que quienes fuman todos los días en menor medida manifiestan tener conciencia del peligro de este hábito, por lo que si el 82,1% advierte un riesgo, en el colectivo que no fuma diariamente la percepción de riesgo alcanza al 90,4% (3).

El alcohol y el tabaco son, con diferencia, las sustancias más accesibles para el alumnado de 14-18 años. En este sentido, aproximadamente 9 de cada 10 no aprecia ninguna dificultad para conseguir bebidas alcohólicas o tabaco. Estas cifras ponen de manifiesto que las sustancias de comercio legal se perciben totalmente al alcance de los que quieran adquirirlas, aunque no deberían ser accesibles a menores de 18 años.

En la adolescencia, la mayor parte del consumo de tabaco se realiza en compañía. En el caso de personas fumadoras esporádicas, sólo fuman con otras, mientras quienes fuman habitualmente, aunque fumen la mayor parte de los cigarrillos en compañía, también fuman en solitario. Este uso grupal del tabaco evidencia la existencia de una fuerte adicción social al mismo, dejando paso progresivamente a la adicción física. En estas edades es mayor la adicción social que la física.

Es importante destacar en la caracterización de la percepción social del tabaquismo, la visibilidad que tiene el consumo de tabaco en los centros escolares y en el hogar. En el ámbito educativo, más de la mitad de los estudiantes (54,3%) afirman haber visto fumar tabaco al profesorado dentro del recinto del centro educativo en los últimos 30 días. La visibilidad del consumo realizado por otros estudiantes es mayor: prácticamente 3 de cada 4 estudiantes (73,9%) confirma haber visto fumar a otros alumnos dentro del recinto escolar. En referencia a los hábitos de consumo de tabaco del entorno familiar del estudiante, la mitad del alumnado convive con personas que fuman a diario (49,7%). En 2014, un 12,3% de los que viven con sus dos progenitores afirma que ambos fuman diariamente y un 23,5% que fuma (diariamente) al menos uno de ellos. En cualquier caso, se observa que la proporción de estudiantes que fuman tabaco cada día es superior entre quienes conviven con alguien que fuma (12,9%). Sin embargo, la prevalencia en el colectivo que no convive con ninguna persona fumadora se reduce a un 4,9%.

En general, entre la población europea, el apoyo a las políticas y estrategias para limitar el consumo de tabaco es alto, aunque según datos del Eurobarómetro de 2017, hay grandes diferencias entre personas fumadoras y no fumadoras, así como entre la población usuaria y no usuaria de cigarrillos electrónicos. Una gran mayoría, dos tercios de las personas encuestadas, está a favor de prohibir el uso de los e-cigarrillos en lugares donde se han introducido prohibiciones de fumar. Y otra mayoría, ligeramente más pequeña y con mayor peso en quienes no fuman, está a favor de mantener fuera de la vista de los productos del tabaco en los puntos de venta. En España un 43% de la población encuestada está a favor de introducir el empaquetado genérico. (4)

La sociedad, incluida la población fumadora, ha aceptado muy positivamente el establecimiento de políticas de prevención y control del tabaquismo, desplegadas en los últimos años en nuestro entorno, circunstancia que debe ser aprovechada para incrementar la percepción, los conocimientos y las actitudes de la población a cerca del tabaco por considerarlo socialmente un problema de salud sobre el que podemos actuar.

Objetivos y acciones vinculadas con la línea estratégica 2 de la EPIAT-CV: Sensibilizar a la sociedad sobre el tabaquismo como problema de salud prioritario

2.A. Modificar la concepción social del tabaquismo: visibilizar el tabaco como un problema de salud

- a) Incentivar la información y formación, de forma continuada, que modifique la concepción social del tabaquismo, dirigida a:
 - a.1. Profesionales de la salud (sistema público, sistema privado, empresa)
 - a.2. Profesionales del ámbito de la educación

2.B. Poner en marcha intervenciones informativas y comunitarias al ámbito local destinadas a la prevención del tabaquismo a través de los espacios participativos de los municipios (por ejemplo, a través de XarxaSalut)

2.C. Favorecer el trabajo con los medios de comunicación para que la información que se trasmite sobre el tabaquismo sea veraz

- a) Elaborar de recomendaciones, mediante un lenguaje adecuado, para difundir la información sobre tabaquismo
- b) Promover la difusión de las líneas de la EPIAT mediante el uso de las nuevas tecnologías y las redes sociales como vehículos de difusión de mensajes

Referencias en este capítulo

1. PÉREZ-RIOS M., GALÁN I. (editores). *Evaluación de las políticas de control del tabaquismo en España (Leyes 28/2005 y 42/2010), revisión de la evidencia*. Barcelona: Grupo de trabajo sobre tabaquismo de la Sociedad Española de Epidemiología, 2017.
2. RODRÍGUEZ E., MEGÍAS E., MEGÍAS I., RODRÍGUEZ M.A., RUBIO A. *La percepción social de las drogas en España, 2014*. Madrid: Fundación de Ayuda contra la drogadicción (FAD), 2014.
3. OBSERVATORIO ESPAÑOL DE LA DROGA Y LAS TOXICOMANÍAS & DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL DE LAS DROGAS. *Informe 2016: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Disponible en línea: [<http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemas-informacion/sistema-informacion/pdf/2016-Informe-ESTUDES.pdf>], consultado el 28 de diciembre de 2017. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017.
4. *Special Eurobarometer 458 Summary: Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes, March 2017*. European Union, 2017.

L3

Potenciar la atención integral al tabaquismo desde el Sistema Valenciano de Salud

La atención al tabaquismo, se ha convertido hoy en día en uno de los ejes fundamentales de las actuaciones en salud pública, más costo-efectivas científicamente probadas. Tradicionalmente esta atención ha sido llevada a cabo, gracias a la voluntariedad e interés del personal sanitario, que de forma aislada ha atendido a las personas fumadoras. El derecho de las personas usuarias a una atención integral de sus problemas de salud, tiene como meta fundamental la equidad, en cuanto al acceso a las prestaciones sanitarias, independientemente del lugar donde vivan o del personal que los atienda.

El tabaquismo se ha convertido en un problema de salud que afecta a un gran número de personas, causante de múltiples afectaciones en diferentes órganos; por lo tanto, su tratamiento debe ser una prioridad sanitaria a todos los niveles de atención.

Es por eso que el Sistema Valenciano de Salud debe ofrecer una atención integral al tabaquismo, en todos los niveles de la red sanitaria pública.

El primer referente que tenemos en la Comunitat Valenciana de intentar un esfuerzo organizado y homogeneizar la atención al tabaquismo, lo tenemos en la orden de 20 de junio de 1988 que crea el programa de disminución del consumo del tabaco en la Comunitat.

Desde entonces no ha habido un programa específico de abordaje integral del tabaquismo. Como consecuencia de los antecedentes referidos, se hace patente la necesidad de elaboración de una estrategia global que apoye normativamente al problema de salud pública que representa el consumo de tabaco, de ahí nace la estrategia de Prevención y Atención al Tabaquismo (EPiAT-CV).

Unos de los ejes fundamentales de la EPiAT-CV es garantizar la equidad, en cuanto a atención al tabaquismo, en todo el territorio, y ofrecer a la población fumadora una atención sanitaria basada en la evidencia científica disponible actualmente, tanto a las personas fumadoras que desean dejar de fumar, como a las que no lo quieren hacer en estos momentos.

Para garantizar una asistencia de calidad, se pretende definir un circuito asistencial basado en un modelo de atención sanitaria integral, multidisciplinar con continuidad asistencial entre los distintos niveles de la red sanitaria y adecuado a las necesidades de la población, elaborando unos protocolos de atención y derivación, que garanticen la equidad y calidad en la atención al tabaquismo, equiparándolo al resto de problemas de salud.

Es fundamental que todo el personal sanitario integrado en el Sistema Valenciano de Salud sea consciente de la importancia de la prevención del consumo y de la detección y tratamiento del tabaquismo como problema prioritario de salud, en su actividad diaria. Es importante la utilización de los sistemas informáticos para la detección, el registro y el seguimiento de la población fumadora.

La potenciación de la atención al tabaquismo, no puede desligarse de la formación y actualización del personal sanitario en este aspecto, así como de la investigación en tabaquismo, de ahí que la formación en tabaquismo debe ir de la mano de la implantación de la presente estrategia, para que sea efectiva y consiga los objetivos previstos.

Objetivos y acciones vinculadas con la línea estratégica 3 de la EPiAT-CV: Potenciar la atención integral al tabaquismo desde el Sistema Valenciano de Salud

3.A. Desarrollar la atención integral al tabaquismo en el Sistema Valenciano de Salud

- a) Impulsar redes asistenciales para la atención integral al tabaquismo que garanticen la atención a las personas según sus necesidades asistenciales
- b) Garantizar la coordinación de los dispositivos asistenciales para la prevención y atención del tabaquismo en cada departamento de salud

3.B. Incentivar las acciones preventivas frente al tabaquismo

- a) Impulsar programas de motivación dirigidos al abandono del tabaco destinados a profesionales que tienen una influencia social en este ámbito, principalmente los sectores de sanidad
- b) Promover la integración sistemática de las actividades de prevención y detección del tabaquismo en el marco de la actividad asistencial entre el personal sanitario
 - b.1. Envío de mensajes informáticos periódicos que actúen como recordatorio del tabaquismo como problema de salud
- c) Incorporar en la historia clínica electrónica de atención primaria y hospitalaria la detección, registro y seguimiento de toda la población atendida, respecto al consumo de tabaco
 - c.1. Incentivar en los acuerdos de gestión, el registro y seguimiento en la historia clínica electrónica de las personas fumadoras

3.C. Potenciar y garantizar la atención al tabaquismo en todos los niveles de la red sanitaria pública

- a) Potenciar la intervención breve e intensiva en tabaquismo en todos los niveles asistenciales del Sistema Valenciano de Salud
- b) Establecer criterios comunes de atención al tabaquismo en las UCA
- c) Adaptar los circuitos asistenciales sobre el tabaquismo en cada departamento que incluyan todos los recursos asistenciales disponibles con protocolos comunes de prevención, atención y derivación

Referencias para este capítulo

1. CAMARELLES F., SALVADOR T., RAMÓN J.M., CÓRDOBA R., JIMÉNEZ-RUIZ C., LÓPEZ V. *et al.* Consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España. *Rev. Esp. Salud Pública*, abril de 2009, vol. 83, núm. 2, p. 175-200.
2. FIORE M., JAÉN C.R., BAKER T.B., BAILEY W.C., BENNETT G., BENOWITZ N.L. *et al.* *A Clinical Practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update.* A US Public health Service Report *Am J Prev Med* 2008; 35(2). Disponible en línea: [http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use08.pdf].
3. CAMARELLES F., BARCHILLON V., CLEMENTE L., IGLESIAS J.M., MARTÍN C., RIBERA OSCA, J.A. *et al.* Grupo de Abordaje del Tabaquismo (GAT) de semFYC y Educación para la Salud del PAPPs-semFYC. *Guía para el tratamiento del tabaquismo activo y pasivo.* Barcelona 2015 Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Disponible en línea: [http://www.semanasinhumo.es/wp-content/uploads/2017/02/Guia_Tabaquismo.pdf].
4. *A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: A US Public Health Service Report.* The Tobacco Use And Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. *JAMA* 2000 Jun 28;283(24):3244/54.

L4

Impulsar la formación para la prevención y control del tabaquismo en todas las profesiones y organizaciones que puedan incidir en este problema de salud

El tabaquismo es una enfermedad crónica que se inicia antes de los 18 años en más del 80% de los casos y que es capaz de causar la muerte prematura en más de la mitad de los que la padecen.

De acuerdo con los datos presentados recientemente por el Eurobarómetro de la Comisión Europea, el 26% de la población española fuma a diario (1). En ese mismo documento, se apunta que en España, como en otros países de la Unión, la mayoría de pacientes de tabaquismo no tienen un diagnóstico adecuado y, como consecuencia, no reciben las recomendaciones y tratamientos disponibles. Esta mala situación es debida, en gran parte, a la escasa formación en tabaquismo que se imparte tanto en los estudios de grado como en el posgrado y en la especialización médica.

De hecho, el 90% de las personas que dejan de fumar en nuestro país lo hacen sin ayuda médica, frente al 60% en el caso del Reino Unido. En un estudio realizado en la Comunitat Valenciana, solo el 42,6% de los pacientes que fuman se remitieron por los equipos de atención primaria a consultas especializadas, reconocían el consejo de su médico para dejar de fumar (2).

La creciente preocupación del personal sanitario respecto al tabaquismo y su capacidad de intervenir sobre el mismo, así como su capacidad para transmitir a la sociedad, a través de los medios de comunicación social el problema de salud que aquel representa, han servido de estímulo para que las autoridades sanitarias de distintos países hayan comenzado a desarrollar planes integrales de prevención y tratamiento (3).

Al amparo del artículo 43 de la Constitución Española de 1978 y del Estatuto de Autonomía de la Comunitat Valenciana (Ley Orgánica 5/1982, de 1 de julio, de Estatuto de Autonomía de la Comunitat Valenciana), los gobiernos autonómicos han comenzado a elaborar planes de control del tabaquismo, que llevan implícita la creación en el sistema nacional de salud de un programa de asistencia integral a las personas fumadoras. En todos los casos se contempla el aprendizaje y la formación en tabaquismo, como un elemento fundamental para mejorar la situación actual.

Todo el personal sanitario debe intervenir sobre el tabaquismo de manera adecuada a la situación de la persona y en función de los recursos que se disponga en el ámbito asistencial en el que se realice la intervención. En cualquier lugar del sistema asistencial se puede y debe intervenir sobre el tabaquismo, aunque esto no quiere decir que todas las intervenciones deban ser iguales (4).

Además del trabajo asistencial con pacientes, el personal médico, de enfermería y el resto de personal sanitario debe fomentar las intervenciones de información y formación a la población general vinculadas con el tabaquismo. En otros lugares, como EEUU y el Reino Unido, la oferta de formación en tabaquismo es mucho más amplia y se encuentra más consolidada que en España. Se trata de una tradición acorde a la mayor presencia de la lucha contra el tabaquismo en esos países desde hace años.

En la Comunitat Valenciana, la formación a menudo autodidacta del personal sanitario que realiza tratamiento del tabaquismo parece insuficiente e inadecuada. El escaso número de pacientes que reciben tratamiento, obliga a establecer canales adecuados para el aprendizaje y la acreditación de los conocimientos adquiridos, tanto en los estudios de grado como en el posgrado, en la especialización médica y a lo largo de toda la vida laboral. De no ser así, no podría garantizarse la calidad de la atención sanitaria que reciba cada paciente de tabaquismo.

Diversos estudios han apuntado que la formación sobre tabaquismo que recibe el alumnado en las facultades de medicina y de otras ciencias de la salud es deficiente, de manera que son pocas las personas en formación las que consiguen un adecuado nivel de conocimientos, aptitudes y habilidades para enfrentarse al diagnóstico y tratamiento del tabaquismo en su ejercicio profesional. Ello supone una importante contradicción, ya que, por su prevalencia y graves consecuencias para la salud, el tabaquismo es el principal problema sanitario de nuestro entorno. De este modo, es necesario garantizar que todo el personal sanitario de la Comunitat Valenciana sea capaz de facilitar la prevención, el diagnóstico y tratamiento del tabaquismo. Lo contrario es incompatible con la legislación y con el sentido común.

La situación de la docencia en el posgrado y en los estudios de especialización del personal sanitario, tampoco es mejor. Es necesario conseguir que el mayor número de profesionales de la salud se integren en la prevención y el tratamiento del tabaquismo y la forma más adecuada es proporcionarles conocimientos. Utilizar los recursos docentes de las sociedades científicas, los colegios profesionales, o las instituciones sanitarias es la mejor manera de optimizar los esfuerzos.

En lo que se refiere al personal sanitario, la formación continua y continuada es clave. En este contexto, debe incluirse no sólo el personal sanitario de primaria y de otras especialidades médicas, sino también a enfermería, farmacia y psicología entre otros. De esta manera se conseguirá que todo este personal sea capaz de actuar en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento del tabaquismo, sumando los recursos y multiplicando los resultados.

El IV Plan de Salud 2016-2020 de la Comunitat Valenciana señala que todo el Sistema Valenciano de Salud debe estar a disposición de ser utilizado para la docencia pregraduada, especializada, postgraduada y continuada del personal sanitario. La Escuela Valenciana para Estudios de Salud (EVES) es la unidad administrativa de la Conselleria, competente en materia sanitaria para el soporte científico y técnico en el ámbito de la formación, la docencia y la investigación. La formación permanente del personal sanitario y no sanitario del Sistema Valenciano de Salud se estructura a través de los planes de formación, que se elaboran teniendo en cuenta las necesidades del conjunto de profesionales y las líneas estratégicas de la Conselleria.

Objetivos y acciones vinculadas con la línea estratégica 4 de la EPIAT-CV: Impulsar la formación para la prevención y control del tabaquismo en todas las profesiones y organizaciones que puedan incidir en este problema de salud

4.A. Desarrollar la formación del personal sanitario del Sistema Valenciano de Salud y promover la formación en otros sectores

- a) Fomentar la formación del personal sanitario en los planes de formación de la EVES destinados a la difusión y capacitación del contenido de la EPIAT-CV (evaluar el consumo de tabaco -activo y pasivo-, intervenciones basadas en la evidencia científica para la reducción o abandono del consumo de tabaco, abordando aspectos relacionados con poblaciones con mayores dificultades para el acceso, así como contemplando las etapas del ciclo vital más vulnerables, y la correcta práctica del consejo antitabaco)
- b) Formar, capacitar y motivar para la acción al personal de los Servicios de Prevención de Riesgos laborales
- c) Proponer en los diferentes sectores especialmente el educativo la incorporación de la formación dirigida a la prevención y atención del tabaquismo
- d) Difundir de guías y protocolos sobre las actualizaciones del control y tratamiento del tabaquismo

Referencias de este capítulo

1. *Special Eurobarometer 458. Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes*. European Commission, 2017.
2. CARRIÓN F., FUREST I., PASCUAL J.M., MARÍN J. *Intervención mínima en tabaquismo en España*. Arch Bronconeumol 2000; 36:124-8.
3. JIMÉNEZ C.A., SOLANO S., BARRUECO M., DE GRANADA J.L., LORZA J.J., ALONSO S. *et al. Recomendaciones SEPAR para la organización y funcionamiento de las unidades especializadas de tabaquismo*. Arch Bronconeumol 2001; 37:382-7.
4. DE GRANADA J.I., CARRIÓN F., ALONSO S., MÁRQUEZ F.L., RIESCO J.A., SANPABLO I., *et al. Atención y prestación de servicios en materia de tabaquismo*. Arch Bronconeumol 2006; 42:600-4.

L5

Impulsar la investigación en tabaquismo

La investigación en ciencias de salud constituye un elemento decisivo para comprender la enfermedad y conservar la salud a un coste reducido. En los últimos años, la investigación en tabaquismo en España ha adquirido un nivel relevante y también en la Comunitat Valenciana. Sin embargo, el tabaquismo sigue constituyendo una causa importante de mortalidad, morbilidad y discapacidad, de forma que es necesario profundizar en el estudio.

En la Comunitat Valenciana, la investigación sobre el tabaquismo ha tenido un gran impacto en la salud de la población en el pasado y, si recibe el respaldo adecuado, seguirá beneficiando a los pacientes y a la población general en el futuro. Diferentes estudios demostraron las consecuencias del tabaquismo en la población infantil y adolescente (1), la magnitud del tabaquismo pasivo o exposición involuntaria al humo del tabaco (2)(3) y el efecto sobre la salud de las leyes 28/2005 y 42/2010 de medidas sanitarias frente al tabaquismo, que documentó el fracaso de la primera Ley y su mejoría con la segunda (4)(5)(6)(7)(8). También se ha investigado la eficacia de diferentes tratamientos para dejar de fumar (9) (10) y se ha diseñado un programa pionero para el tratamiento del tabaquismo en las mujeres embarazadas (11).

El Plan Estatal de Investigación Científica y Técnica y de Innovación 2013-2016 (Ministerio de Economía y Competitividad) apunta que las políticas de ciencia, tecnología e innovación constituyen un elemento de primordial importancia en el desarrollo de sociedades modernas, ya que existe una relación entre la capacidad de generación de conocimiento y de innovación de un país y su competitividad y desarrollo económico y social.

En la estrategia Horizonte 2020, el Reto en Salud, cambio demográfico y bienestar, se apunta que la investigación en salud y el Sistema Nacional de Salud como marco de desarrollo fundamental, constituyen un vector estratégico para las políticas de fomento y coordinación de la I+D+I en nuestro país, y se han de contemplar como aspectos fundamentales, la investigación de las enfermedades de mayor prevalencia, como el tabaquismo.

Al amparo del artículo 149.1.15 de la Constitución Española de 1978, de la Ley 14/2011 de 1 de junio, de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación y de los Planes Estatales de Investigación Científica y de Innovación, se considera fundamental aumentar la calidad de la investigación científica y técnica para alcanzar el máximo nivel de excelencia. Este enfoque innovador se hace tanto más necesario en cuanto los servicios de salud están obligados a optimizar el uso de recursos para, en una estrategia de sostenibilidad financiera del sistema, ser capaces de implementar actividades encaminadas a la prevención y detección precoz de los procesos patológicos que, a largo plazo, permitan una extensión de la cultura de salud y, como consecuencia, una disminución de la carga de enfermedad sobre el conjunto de la sociedad.

A pesar de los avances de los últimos años, el tabaquismo constituye el principal problema de salud en la Comunitat Valenciana. Las estrategias de abordaje del tabaquismo, a pesar de su eficacia, efectividad y eficiencia demostradas, no son capaces de controlar el tabaquismo en todas las personas afectadas y, como consecuencia, parece necesario investigar nuevas formas de tratamiento, más eficaces y seguras.

En este contexto existen situaciones en las que el tratamiento del tabaquismo es especialmente complicado, como en las mujeres embarazadas, o en las que es posible facilitar la intervención, cuando la persona está más motivada para dejar de fumar, como en pacientes en ingreso hospitalario, antes de las intervenciones quirúrgicas o cuando se padecen enfermedades graves que empeoran con el consumo de tabaco (las personas con antecedentes de cáncer, enfermedades cardiovasculares o respiratorias). También parece adecuado potenciar el estudio de diferentes aspectos económicos relacionados con el tabaquismo (12) (13).

Objetivos y acciones vinculadas con la línea estratégica 5 de la EPIAT-CV: Impulsar la investigación en tabaquismo

5.A. Fomentar la investigación relacionada con la prevención y atención al tabaquismo

- a) Promover la realización de estudios relacionados con el tabaquismo (prevención, intervención psico-social y terapia farmacológica) en la Comunitat Valenciana mediante las convocatorias de ayudas anuales dependientes de las fundaciones de investigación sanitaria
- b) Impulsar estudios relacionados con el consumo y el abandono del tabaco que incorporen la perspectiva de los determinantes sociales y de género
- c) Promocionar estudios de investigación-acción para prevenir la iniciación al consumo de tabaco en la población adolescente y joven
- d) Intensificar las alianzas con instituciones de investigación (como las universidades públicas) para fomentar la investigación en tabaquismo

Referencias para este capítulo

1. PASCUAL J.F. Tesis doctoral. *Estudio epidemiológico sobre el tabaquismo en el grupo de edad de 8 a 18 años, en dos áreas geográficas diferentes*. Elche: Universidad Miguel Hernández, 2003.
2. CARRIÓN F., JIMÉNEZ C.A. *El tabaquismo pasivo en la infancia*. Arch Bronconeumol 1999; 35:39-47.
3. CARRIÓN F., HERNÁNDEZ J.R. *El tabaquismo pasivo en adultos*. Arch Bronconeumol 2002; 38:137-46.
4. FERNÁNDEZ E., FU M., PASCUAL J.A., LÓPEZ M.J., PÉREZ RÍOS M., SCHIAFFINO A., et al. AND THE SPANISH SMOKING LAW EVALUATION GROUP. *Impact of the Spanish smoking law on exposure to second-hand smoke and respiratory health in hospitality workers: a cohort study*. Plos One 2009; 4:e4244.
5. MARTÍNEZ J.M., FU M., PÉREZ M., LÓPEZ M.J., MONCADA A., FERNÁNDEZ E. AND THE SPANISH SMOKING LAW EVALUATION GROUP. *Comparing salivary cotinine concentration in non-smokers from the general population and hospitality workers in Spain*. Eur J Public Health 2009; 19: 662-4.
6. NEBOT M., LÓPEZ M.J., ARIZA C., PÉREZ M., FU M., SCHIAFFINO A. et al AND THE SPANISH SMOKING LAW EVALUATION GROUP. *Impact of the Spanish smoking law on exposure to secondhand smoke in offices and hospitality venues: before and after study*. Environ Health Perspect 2009; 117:3:3447.
7. JIMÉNEZ CA, RIESCO JA, HURT RD, RAMOS A, SOLANO S, CARRIÓN F. *Study of impact of laws regulating tobacco consumption on the prevalence of passive smoking in Spain*. Eur J Public Health 2008; 18:6:622-25.
8. LÓPEZ M.J., NEBOT M., SCHIAFFINO A., PÉREZ M., FU M., ARIZA C. et al AND SPANISH SMOKING LAW EVALUATION GROUP. *Two-year impact of the Spanish smoking law on exposure to secondhand smoke: evidence of the failure of the "Spanish model"*. Tob Control 2012; 21:407-11.
9. JIMÉNEZ C.A., BARRUECO M., CARRIÓN F., CORDOVILLA R., HERNÁNDEZ I., MARTÍNEZ E. et al. *Intervención mínima personalizada en el tratamiento del tabaquismo. Resultados de un estudio multicéntrico*. Arch Bronconeumol 1998; 34:433-6.

10. CARRIÓN F., PAULOS S. *La atención sanitaria al tabaquismo*. Rev Esp Drog 2017; 42:5-10.
11. MAYA-MARTÍNEZ MR. *Tesis doctoral. Aspectos relacionados con el tabaquismo en el embarazo*. Valencia: Universitat de València; 2010/11.
12. TRAPERO M. *Evaluación económica de las intervenciones antitabáquicas: ¿nos dejamos algo en el tintero?* Arch Bronconeumol 2009; 45:209-11.
13. SUÁREZ-BONEL M.P., VILLAVERDE-ROYO M.V., NERIN I., SANZ-ANDRÉS C., MEZQUIDA-ARNO J., CÓRDOBA-GARCÍA J. *Costes derivados del uso de servicios sanitarios y bajas laborales en pacientes fumadores: estudio en una comunidad urbana*. Arch Bronconeumol 2015; 51:615-20.

6

Coordinación, seguimiento y evaluación de la EPiAT-CV

Una vez aprobada y presentada la Estrategia de Prevención y Atención al Tabaquismo (EPiAT) en la Comunitat Valenciana y con el fin de hacer efectiva su implementación y ejecución, se desarrollará un plan de comunicación para su puesta en acción en los departamentos sanitarios.

Para adaptar de forma adecuada la estrategia y atendiendo a las características y desarrollo organizativo de cada departamento, se considerarán de forma concreta los recursos humanos y logísticos disponibles para que el desarrollo de las líneas estratégicas puedan articularse de forma básica en todos ellos y desarrollarse con su mayor nivel teniendo en consideración la idiosincrasia de los departamentos.

El desarrollo de la estrategia y su vertebración departamental se coordinará a través de una Comisión técnica de seguimiento de la EPiAT de la Comunitat Valenciana que será convocada de forma colegiada por las direcciones generales con competencias en salud pública y asistencia sanitaria, las funciones de esta comisión de seguimiento serán:

1. Elaborar el plan anual de seguimiento de la implantación de la estrategia, el cual especificará y planificará el conjunto de procedimientos necesarios para su monitorización y mejora continua.
2. Promover la difusión y vertebración de la estrategia a los departamentos sanitarios de la Comunitat y la comunicación efectiva de los procedimientos atendiendo a las características de los mismos y a principios de universalidad, equidad y de perspectiva de género.
3. Valorar el alcance y la cobertura de la estrategia en cada uno de los momentos de la implantación de la misma.
4. Coordinar e impulsar de forma gradual y secuenciada las actuaciones previstas en el plan de seguimiento y realizar una valoración global de la implantación de la estrategia.

5. Asesorar y homogeneizar los desarrollos mínimos que deben estar presentes en los protocolos establecidos para cada departamento en relación a la prevención y atención del tabaquismo.
6. Velar por la colaboración y flujos de derivación coordinada entre atención primaria y atención hospitalaria para asegurar la atención a las personas que padecen tabaquismo.
7. Realizar propuestas de actuación a las gerencias de los departamentos en materia de prevención y atención al tabaco de forma coordinada con todos los recursos disponibles (administración autonómica, local y otros).
8. Difundir los modelos de buenas prácticas relacionadas con la EPiAT-CV a todos los departamentos sanitarios.
9. Potenciar la coordinación de las medidas de la EPiAT-CV con las comisiones de salud comunitaria formadas en los departamentos.
10. Impulsar la coordinación de redes de colaboración interdepartamentales.
11. Coordinar e impulsar acciones de modificación, ajuste y mejora de la estrategia.

Siguiendo el esquema de la estrategia MPOWER de la OMS sobre tabaquismo corresponderá a Salud Pública liderar la monitorización y seguimiento de este problema de salud para poder caracterizar sus determinantes en nuestro entorno y los esfuerzos para proteger la población del humo del tabaco.

Desde Asistencia Sanitaria se difundirán los protocolos y recursos para desarrollar programas completos de cese tabáquico en toda la estructura sanitaria así como también los servicios responsables de la gestión de la Drogodependencia deberán arbitrar la coordinación de las unidades, servicios y programas de atención al tabaquismo junto a otros trastornos adictivos.

7

Indicadores para el seguimiento y evaluación de la EPiAT

Listado de abreviaturas:

- CSUSP:** Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública
- SIA:** Sistema de Información Ambulatoria
- DGSP:** Dirección General de Salud Pública
- ESTUDES:** Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España
- DGAS:** Dirección General de Asistencia Sanitaria
- ESCV:** Encuesta de Salud de la Comunitat Valenciana
- CSP:** Centros de Salud Pública
- CMBD:** Conjunto Mínimo Básico de Datos
- EVES:** Escola Valenciana d'Estudis de la Salut
- CEFIRE:** Centre de Formació, Innovació i Recursos per al professorat
- IVAJ:** Instituto Valenciano de la Juventud

Todos los indicadores serán obtenidos considerando las variables de sexo y sociodemográficas si en la fuente de los datos están disponibles.

1. Promover políticas intersectoriales dirigidas a la Prevención y Atención del Tabaquismo reduciendo desigualdades sociales

INDICADORES

INDICADORES BÁSICOS	FUENTE	Verificación
Actualización de la normativa específica sobre tabaquismo que incorpore los principios del IV Plan de Salud y la EPIAT-CV	CSUSP	Si/No
Tratamientos de la adicción al tabaco incorporados a la cartera básica de prestaciones farmacéuticas de la Comunitat	CSUSP	Si/No
% de personas fumadoras en tratamiento de la adicción al tabaco en Atención Primaria	SIA	Tendencia ↑
Programas o acciones de prevención y reducción del consumo de tabaco destinados a el ámbito educativo	DGSP	Si/No
Programas o acciones de prevención y reducción del consumo de tabaco destinados a el ámbito local/municipal y otros grupos/ámbitos vulnerables	DGSP	Si/No
Dificultad en la accesibilidad al tabaco en menores de 18 años	ESTUDES/DGAS	Tendencia ↑
Edad de inicio de consumo de tabaco en población de 14 a 18 años	ESTUDES/ESCV	Tendencia ↑

2. Sensibilizar a la sociedad sobre el tabaquismo como problema de salud prioritario

INDICADORES

INDICADORES BÁSICOS	FUENTE	Verificación
Celebración del Día mundial sin tabaco por departamento y año	DGSP	% departamentos
Creación de una plataforma virtual destinada a la información actualizada de la prevención del tabaquismo	DGSP	Si/No
Elaboración de una guía de estilo para transmitir la información sobre tabaquismo	DGSP/DGAS	Si/No
% Población ≥ 15 años atendida con registro de la valoración del consumo de tabaco	SIA	Tendencia \uparrow
% Embarazadas atendidas con registro de la valoración del consumo de tabaco	SIA	Tendencia \uparrow
% Población expuesta al humo ambiental del tabaco en el hogar	ESCV	Tendencia \downarrow
Percepción del riesgo del consumo de tabaco en población de 14 a 18 años	ESTUDES	Tendencia \uparrow
% de alumnado de 14 a 18 años que ha consumido tabaco en los últimos 30 días	ESTUDES	Tendencia \downarrow
% empresas generadores de salud que disponen de programas de atención al tabaquismo	DGSP	Tendencia \uparrow
% Población fumadora ≥ 15 años de edad (diario + esporádico)	ESCV	Reducir la prevalencia de consumo de tabaco $< 20\%$
INDICADORES COMPLEMENTARIOS	FUENTE	Verificación
Creación de la Red de centros sanitarios (hospitales) sin humo	DGSP/DGAS	Si/No
Número de mensajes en los medios de información sobre tabaquismo, en GVASanitat	Comunicación	Número
Frecuencia de reuniones sobre tabaco con entidades implicadas en la sensibilización, información y prevención de tabaquismo	CSP	Nº de reuniones de las Comisiones de Salud Comunitarias

3. Potenciar la atención integral al tabaquismo desde el Sistema Valenciano de Salud

INDICADORES

INDICADORES BASICOS	FUENTE	Verificación
Elaboración de un protocolo de implementación EPIAT en cada departamento	DGSP/DGAS	100%
% Población fumadora atendida mediante intervención breve en tabaquismo en Atención Primaria	SIA	Tendencia ↑
% Personas atendidas derivadas desde Atención Primaria a intervención especializada (UCA)	SIA	Tendencia ↑
% Embarazadas fumadoras atendidas que han abandonado el consumo de tabaco con este motivo	SIA	Tendencia ↑
% Personas enfermas crónicas fumadoras atendidas con patología cardiovascular, respiratoria, diabética, cáncer que han abandonado el consumo de tabaco a los 12 meses de intervención motivacional	SIA	Tendencia ↑
% Población ex-fumadora ≥15 años de edad	ESCV	Tendencia ↑
INDICADORES COMPLEMENTARIOS	FUENTE	Verificación
% Mensajes informáticos que actúan como recordatorio de tabaquismo como problema de salud	DGSP/DGAS	Tendencia ↑
% Pacientes que fuman en ingreso hospitalario	CMBD	Tendencia ↑
Alertas electrónicas de tabaquismo en la historia de salud de Atención Primaria	DGAS	Si/No
Alertas electrónicas de tabaquismo en la historia de salud de la embarazada	DGAS	Si/No
Creación de la historia clínica hospitalaria informatizada del tabaquismo	DGAS	Si/No
% UCAs con programas multicomponentes de atención al tabaquismo	DGAS	

4. Impulsar la formación para la prevención y atención del tabaquismo en todas las profesiones y organizaciones que puedan incidir en este problema de salud

INDICADORES

INDICADORES BASICOS	FUENTE	Verificación
Programa de formación de formadores (post-grado) sobre la prevención y tratamiento del tabaquismo dirigido a profesionales de la salud y a todos los sectores implicados	EVES CEFIRES	Si/No
Acciones formativas destinadas a profesionales de la sanidad basadas en las intervenciones con evidencia científica que consigan el abandono del consumo de tabaco	EVES	Tendencia ↑
Acciones formativas destinadas a profesionales de la educación para trabajar el tabaquismo en población infantil y joven	CEFIRES	Tendencia ↑
Elaboración y difusión de guías y protocolos sobre las actualizaciones del control y atención del tabaquismo	DGAS	Número
INDICADORES COMPLEMENTARIOS	FUENTE	Verificación
Acciones formativas destinadas a organismos no sanitarios impartidas por profesionales sanitarios/as	IVAJ	Si/No

5. Impulsar la investigación en tabaquismo

INDICADORES

INDICADORES BÁSICOS	FUENTE	Verificación
Proyectos de investigación sobre tabaquismo financiados por la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública	CSUSP	Tendencia ↑
Publicaciones en revistas científicas relacionadas con tabaquismo y otras publicaciones (monografías, etc...)	CSUSP	Tendencia ↑



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat
Universal i Salut Pública